

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LES DIFFICULTÉS D'INTÉGRATION SOCIALE DES PERSONNES
ATTEINTES D'UN TROUBLE DE SANTÉ MENTALE SUR LE PLAN DE
L'HABITAT : LE POINT DE VUE DES PERSONNES ATTEINTES
D'UN TROUBLE DE SANTÉ MENTALE ET DES TRAVAILLEURS
SOCIAUX DANS LA RÉGION DE LANAUDIÈRE SUD

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN TRAVAIL SOCIAL

PAR
ISABELLE ST-HILAIRE

FÉVRIER 2011

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Mes premiers remerciements s'adressent aux personnes de mon entourage qui ont su m'encourager et m'appuyer dans ce projet. Plus précisément, j'aimerais nommer mon conjoint, mes amies, mes collègues de travail et ma famille qui m'ont donné l'élan pour entreprendre cette réalisation personnelle.

Je tiens aussi à souligner ma reconnaissance envers Henri Dorvil, mon directeur de mémoire, et Ginette Berteau, ma co-directrice, qui ont su m'offrir l'accompagnement et le temps dont j'avais besoin. Nos rencontres m'ont donné la persévérance nécessaire pour aller jusqu'au bout et ont été une grande source d'inspiration. J'aimerais remercier également madame Sarah Boucher-Guèvremont, pour son soutien dans la logistique des entrevues faites auprès des travailleurs sociaux.

Finalement, un immense merci également aux personnes qui ont si généreusement accepté de me livrer leurs expériences.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES	vi
LISTE DES SIGLES.....	vii
RÉSUMÉ	viii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 PROBLÉMATIQUE	4
1.1 Statistiques.....	4
1.2 Définition du trouble de santé mentale grave	5
1.3 L'habitation comme vecteur de lien social.....	6
1.4 Écart entre les préférences résidentielles des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave, leur famille, les intervenants en santé mentale, la communauté et les politiques sociales.....	8
1.5 Évolution et identification du réseau d'habitation existant en santé mentale.....	12
1.6 Portrait du réseau de l'habitation pour les personnes ayant des troubles de santé mentale	16
1.6.1 Portrait du réseau de l'habitation au Québec	16
1.6.2 Portrait du réseau de l'habitation dans la région de Lanaudière	17
1.7 Position du problème	20
1.8 Question de recherche	21
CHAPITRE II CADRE THÉORIQUE.....	23
2.1 Interactionnisme symbolique.....	23

2.2	Théorie de l'intégration sociale	25
2.3	Concept de vulnérabilité.....	28
2.4	Concept de stigmatisation.....	31
2.5	Concept d'identité	33
CHAPITRE III MÉTHODOLOGIE		37
3.1	Type de recherche.....	37
3.2	Échantillons	38
3.2.1	Échantillon des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave.....	38
3.2.2	Échantillon des travailleurs sociaux.....	39
3.3	Obtention du brevet déontologique	40
3.4	Choix de l'instrument de collecte de données.....	40
3.5	Collecte de données	41
3.6	Analyse de données	41
CHAPITRE IV PRÉSENTATION DES RÉSULTATS.....		43
4.1	Coordonnées sociodémographiques des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave et des travailleurs sociaux	43
4.1.1	Profil résidentiel des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave	44
4.1.2	Caractéristiques cliniques des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave.....	44
4.2	Facteurs de vulnérabilité comme obstacle à l'intégration sociale	45
4.2.1	La dimension biopsychosociale comme facteur de vulnérabilité	45
4.2.2	La dimension socioéconomique comme facteur de vulnérabilité.....	48
4.2.3	La dimension résidentielle comme facteur de vulnérabilité	51
4.3	Stigmatisation comme obstacle à l'intégration sociale.....	58

4.3.1 La stigmatisation en lien avec la maladie mentale.....	58
4.3.2 La stigmatisation en lien avec les propriétaires	59
4.3.3 La stigmatisation en lien avec les voisins	60
4.3.4 La stigmatisation en lien avec la famille et les intervenants.....	61
4.4 Failles de l'identité comme obstacle à l'intégration sociale.....	63
4.4.1 L'impact de la maladie mentale sur l'identité.....	63
4.5 Habitation comme facteur d'intégration sociale et vecteur de liens sociaux	70
4.5.1 Les préférences résidentielles comme facteur d'intégration sociale et vecteur de liens sociaux	70
4.5.2 Pistes de solutions pour favoriser l'habitation comme facteur d'intégration sociale et vecteur de liens sociaux.....	73
CHAPITRE V ANALYSE DE DONNÉES	77
5.1 Vulnérabilité	77
5.2 Stigmatisation	81
5.3 Identité	83
CONCLUSION.....	87
Forces et limites de l'étude	88
ANNEXE 1 Estimation des services résidentiels et services de soutien en santé mentale dans la région de Lanaudière.....	91
ANNEXE 2 Schéma d'entretien pour les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave.....	92
ANNEXE 3 Schéma d'entretien pour les travailleurs sociaux	95
BIBLIOGRAPHIE	98

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Schéma conceptuel.....	36
-----------------------------------	----

LISTE DES SIGLES

COOP	Coopérative d’habitation
CSSS	Centre de santé et des services sociaux
HLM	Habitation à loyer modique
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OBNL	Organisme à but non lucratif
OCH	Organisme communautaire d’habitation
OMH	Office municipal d’habitation
OMS	Organisation mondiale de la santé
PASM	Plan d’action en santé mentale
PATSM	Participant atteint d’un trouble de santé mentale
PTS	Participant travailleur social
RI	Ressource de type intermédiaire
RLS	Réseau local de service
RTF	Ressource de type familial

RÉSUMÉ

L'objectif principal de cette recherche qualitative a été de recueillir les perceptions des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave et des travailleurs sociaux sur les difficultés d'intégration sociale des personnes ayant des troubles mentaux, sur le plan de l'habitat dans la région de Lanaudière Sud. Nous avons choisi d'explorer la question de l'intégration sociale, car nous constatons que nous assistons à une montée du sentiment d'exclusion chez cette population sur le plan de l'habitat. De plus, cette préoccupation à l'égard de cette problématique est au cœur de plusieurs politiques sociales dans le secteur de la santé et des services sociaux et promue par la Société d'Habitation du Québec. Par ailleurs, nous retrouvons ces mêmes préoccupations chez plusieurs auteurs, ce qui nous a permis de construire notre cadre conceptuel qui est basé sur une perspective interactionniste symbolique, lequel définit les difficultés d'intégration sociale des personnes ayant un trouble de santé mentale comme étant un résultat d'interactions entre la personne et son environnement. Associé à cet élément central, nous avons tenu compte, pour l'élaboration de notre cadre conceptuel, des concepts de vulnérabilité, de stigmatisation et d'identité pour réfléchir sur les expériences résidentielles vécues par cette population.

Nous avons donc réalisé, pour les fins de cette recherche, dix entrevues semi-dirigées, dont six auprès de personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave et quatre auprès de travailleurs sociaux exerçant en santé mentale dans la région de Lanaudière Sud. Les résultats obtenus font ressortir les perceptions de ces deux sous-groupes, en lien avec l'identification des facteurs de vulnérabilité chez les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale sur le plan de l'habitat et sur les stratégies mises en œuvre par cette population pour surmonter les obstacles vécus à ce niveau. De plus, les résultats de cette recherche vont dans le sens de la littérature qui mentionne que, malgré l'évolution des mentalités, les préjugés associés au trouble de santé mentale persistent et handicapent l'insertion sociale des personnes qui en souffrent, notamment lorsqu'il s'agit de l'habitat.

Par conséquent, la vulnérabilité et la stigmatisation des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave ont des répercussions importantes sur leur développement identitaire. En terminant, soulevons que les résultats de cette recherche démontrent que la capacité intégrative de la société à propos des problématiques liées à l'habitation chez cette population, demeure un problème d'actualité et occasionne des obstacles supplémentaires que celle-ci doit surmonter dans son processus d'insertion sociale. Il est donc essentiel d'accompagner les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave dans leur processus d'insertion sociale sur le plan de l'habitat afin d'éviter qu'elles se retrouvent confrontées à l'extrême pauvreté et à l'itinérance. En ce sens, cette recherche espère apporter une contribution à une réflexion visant l'enrichissement des pratiques d'intervention dans ce champ d'activité du travail social.

INTRODUCTION

Par cette recherche, nous souhaitons explorer les points de vue et les expériences des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave et des travailleurs sociaux sur le processus d'intégration sociale des personnes atteintes de troubles mentaux sur le plan de l'habitat, dans la région de Lanaudière Sud. Cette préoccupation de l'intégration sociale sur le plan résidentiel est au cœur de plusieurs politiques sociales dans le secteur de la santé et des services sociaux et est promue par la Société d'Habitation du Québec. Le plan d'action en santé mentale 2005-2010 (PASM) et la politique sur le logement social ont été mis en place pour contrer cette problématique. Sur le plan de l'habitation, ces politiques font état d'un manque de diversité dans le parc de ressources actuelles pour répondre aux besoins des personnes ayant un trouble de santé mentale grave. Le PASM vise une réorganisation des services d'hébergement pour répondre aux besoins diversifiés de cette population. Pour ce faire, il favorise le modèle d'hébergement alternatif, c'est-à-dire créer des logements sociaux avec soutien plutôt qu'accroître le nombre de places en ressources d'hébergement et même réduire le nombre de certaines, en particulier les pavillons et les ressources de type familial (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001a et b, 2005; Trainor, 2002; Sylvestre, Nelson, Durbin, George, Aubry et Ollenber, 2005).

Au cours des quarante dernières années, les professionnels de la santé mentale ont planifié et implanté des services résidentiels sans consulter préalablement ceux qui auront à y vivre (Cohen et Anthony, 1988; Lesage, Bonsak, Clerc, Vanier, Charron et Sasseville, 2002). Une panoplie de types d'hébergement a donc été créée, sans tenir compte des préférences des usagers en termes d'hébergement et de soutien. Dans Lanaudière Sud, le parc de ressources d'hébergement pour les personnes

atteintes d'un trouble de santé mentale grave est limité aux ressources de type familial et intermédiaire. Il n'y a pas de logements sociaux avec soutien communautaire et d'appartements supervisés, alors que dans les recherches faites auprès de cette population, cette forme d'habitation répond aux besoins de plusieurs personnes. De ce fait, un nombre important de ces personnes se retrouvent à la charge de leur famille, hospitalisées, dans des centres de crise ou dans des milieux qui ne répondent pas à leurs besoins.

Outre la problématique du manque de diversité dans le parc de ressources actuelles, les personnes atteintes de troubles mentaux doivent affronter les mythes et les préjugés généralement véhiculés dans la société face à la maladie mentale. Spécifions que dans cette recherche, nous ne traiterons pas des manifestations symptomatiques de la maladie mentale comme étant un problème social, nous souhaitons plutôt regarder au-delà de la maladie. Ce qui s'avère le plus difficile pour les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave, c'est de vivre avec la façon dont les autres les regardent ou les traitent, ne pas être perçues comme des êtres à part entière qui ont des droits et qui ont la capacité d'exercer leurs rôles sociaux.

Afin d'alimenter notre réflexion sur le processus d'intégration sociale de cette population sur le plan de l'habitat, nous présenterons, en première partie, notre problématique. Pour ce faire, nous explorerons les écrits d'auteurs qui se sont intéressés à cette question. En deuxième partie, nous expliquerons notre cadre théorique, fondé sur la perspective interactionniste. Celui-ci sera subdivisé en quatre grands points, soit : le processus d'intégration sociale, les concepts de vulnérabilité, de stigmatisation et d'identité. Nous présenterons, dans la troisième partie, la méthodologie de recherche. La quatrième partie sera consacrée à la description des résultats à partir du contenu des entrevues que nous avons réalisées. Puis, en cinquième partie, nous aborderons quelques pistes visant à enrichir la réflexion sur

les pratiques d'intervention en lien avec les difficultés que rencontrent les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave sur le plan de l'habitat.

CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE

Dans ce chapitre, nous explorerons la problématique en fonction de statistiques qui situent la proportion de personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave. Par la suite, nous redéfinirons le trouble de santé mentale grave en positionnant le sens que prend l'habitation pour ces personnes et en examinant, à partir d'études, les préférences résidentielles des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave versus la position des intervenants, de la communauté et des politiques sociales. Nous conclurons en décrivant le portrait du réseau de l'habitation pour cette population au Québec et dans la région de Lanaudière Sud. Nous précisons que nous utilisons le terme de logis comme mode d'habitation ou d'occupation de l'espace social plutôt que comme accès à un logement ou à un dispositif d'hébergement.

1.1 Statistiques

Nous présentons quelques statistiques qui situent la proportion de personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave au niveau mondial, au Québec et dans la région de Lanaudière Sud.

En 2001, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) rapportait que plus de 25 % de la population mondiale souffre un jour ou l'autre de trouble de santé mentale (Douglas, 2008). On estime que 20 % des Canadiens seront personnellement aux prises avec une maladie mentale au cours de leur vie.

Toujours selon l'OMS, d'ici 2010, les dépressions graves occuperont la seconde place parmi les dix principales causes de mortalité. Environ 90 % des personnes ayant des troubles de santé mentale vivent dans la communauté et elles ont besoin d'un

endroit pour vivre, de possibilités de travail et de bonnes conditions pour développer leurs relations.

Sur l'île de Montréal, près de 142 000 personnes, soit 7,6 % de la population, consultent chaque année les services de santé mentale offerts par le réseau de la santé (Douglas, 2008).

En 2003-2004, les troubles de santé mentale grave représentaient 20 % des hospitalisations à l'hôpital Pierre-Le Gardeur et les CLSC de la région de Lanaudière Sud ont donné des services en santé mentale à 844 personnes sur une population totale de 225 325 personnes. Ces services excluent ceux offerts en clinique externe de psychiatrie et dans les organismes communautaires spécialisés en santé mentale.

1.2 Définition du trouble de santé mentale grave

Les troubles de santé mentale grave sont décrits dans les documents du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) comme :

des troubles sévères, c'est-à-dire ceux associés à de la détresse psychologique et ceux associés à un niveau d'incapacité qui interfère de façon significative dans les relations interpersonnelles et les habiletés sociales. Nous faisons aussi référence aux déficits reliés à la maladie mentale et à ses répercussions psychosociales qui entravent le fonctionnement global de la personne sur le plan personnel, relationnel et social (MSSS, 1997, p. 51).

Cette définition met l'accent sur la vie quotidienne et sur le fonctionnement social de l'individu. Le MSSS évalue la gravité de ces troubles à l'aune de leur durée, de leur chronicité et de leur incidence dévastatrice ou non sur la conduite de l'être humain en interaction sociale. Il prend également en considération les caractéristiques neuropsychologiques du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM) dans leur définition.

Bruce (1999) abonde dans le même sens lorsqu'elle suggère d'introduire la notion de temps dans les analyses sociologiques et d'examiner attentivement comment les facteurs sociaux interagissent avec le risque, l'expression, l'évolution et les impacts du début de la maladie, de la durée de l'épisode, de l'anamnèse, des rechutes passées, du temps de rétablissement ainsi que de l'évolution de la gravité de la maladie. Selon elle :

ces troubles graves (schizophrénie, psychoses affectives, troubles de la personnalité, dépression majeure), comptaient pour 80 % des journées d'hospitalisation au Québec en 1995 et ils ont des conséquences importantes sur le budget de la santé en général et sur l'organisation des services en particulier : centre de crise, urgence, soins aigus, réinsertion sociale.

Précisons que le problème de santé mentale est en bonne partie un construit social en même temps qu'une question de fragilité personnelle (Dorvil, Morin et Robert, 2001). En effet, dans un passé encore relativement récent, la société se sentait menacée par les déments ou les gens aux conduites anormales ou incohérentes. On les enfermait dans des asiles ou des prisons, tout comme les pauvres et les vagabonds (Foucault, 1975; Geremek, 1987; Castel, 1995). Aujourd'hui, les sociétés tendent à délaisser l'enfermement et à se sécuriser par le contrôle biomédical alors que les personnes sont trop souvent laissées à elles-mêmes sur le plan psychologique et social.

1.3 L'habitation comme vecteur de lien social

La perspective, selon laquelle nous aborderons la question des besoins des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave sur le plan de l'habitat, tient compte du sens que prend l'habitation pour ces personnes et de la position des différents acteurs, tels que les intervenants, les familles, les citoyens et les politiques sociales en lien avec les préférences résidentielles des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave. Commençons par préciser un peu mieux comment se pose la question de l'habitat pour ces personnes. L'habitation a été reconnue, dès

1948, comme étant un droit universel. L'article 25.1 de la Déclaration des droits de l'homme mentionne que : « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ». Comme l'affirme Parmentier (1997), l'impossibilité d'accéder à un logement ou l'accès à un logement de mauvaise qualité ne permet pas l'accès aux droits sociaux, comme le droit à l'éducation, au travail ou à un revenu minimum d'existence, le droit à la santé et à la protection de la famille et aux fournitures de base comme l'eau ou l'électricité. En fait, avoir un logement à soi constitue le point de départ de l'organisation de la vie en société et une condition préalable à l'exercice de la citoyenneté.

Le foyer ou le logement sert à la fois de filtre de régulation et de médium de construction d'interrelations sociales, de réseau ou de voisinage, dépendamment de sa position sociale, professionnelle et culturelle (Grafmeyer, 1998).

Il est reconnu que cette fonction varie avec les âges de la vie, mais également avec ce que nous pourrions appeler le capital social et culturel des individus.

Selon Boucher (2005), sur le plan psychologique, avoir un chez-soi favorise l'intégration de la personnalité. Il mentionne que :

Avoir un chez-soi, c'est s'accepter comme quelqu'un, c'est maintenir ou renforcer son identité. Le logis devient un facteur important d'intégration sociale et même d'intégration personnelle. L'habitat rassure, stabilise, c'est un lieu qui implante socialement. C'est un point d'ancrage non seulement personnel, mais aussi social et institutionnel qui donne une identité, une adresse, de la même façon qu'on disait fils ou fille d'un tel ou d'une telle, d'un village, etc.

Ainsi, le logis, comme chez-soi et comme mode d'habiter socialement, devient un enjeu de premier plan pour les personnes affectées par des troubles de santé mentale graves, surtout si elles sont classées ou étiquetées comme telles, d'autant plus que leur fragilité personnelle se double très souvent de fragilités d'ordre économique et

social. Leur réseau de liens sociaux s'est fortement rétréci, s'il a déjà existé, à mesure que leurs difficultés psychologiques prenaient le dessus, surtout suite à une période d'institutionnalisation.

Sur le plan économique, plusieurs d'entre elles ont beaucoup de difficulté à intégrer ou à réintégrer le marché du travail ou encore à se maintenir en emploi et elles doivent vivre avec des revenus très modestes. Outre le fait que l'accès à un milieu de travail stable et intégrateur socialement demeure incertain, la position économique n'assure pas la stabilité domiciliaire dans le marché courant du logement (Boucher, 2005). Les conditions d'habitation risquent de se détériorer rapidement, en plus de constituer une barrière et non un appui à l'intégration sociale, et elles peuvent rapidement provoquer une régression psychologique des personnes fragiles.

1.4 Écart entre les préférences résidentielles des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave, leur famille, les intervenants en santé mentale, la communauté et les politiques sociales

Malgré ces changements progressifs de mentalité, la réalité que vivent les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave sur le plan de l'habitat se caractérise par un écart entre les préférences résidentielles des personnes atteintes, leur famille, les intervenants en santé mentale, la communauté et les politiques sociales.

En effet, les études démontrent que les préférences résidentielles des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave ne correspondent pas aux représentations que se font ces différents acteurs. Nous allons explorer les perceptions de chacun pour connaître les enjeux qu'elles peuvent avoir sur le processus d'intégration sociale de ces personnes. Les recherches portant sur les préférences résidentielles d'usagers des services en santé mentale ont débuté vers la fin des années 1980. Tanzman (1993) a réalisé une méta-analyse de 43 études sur les

préférences résidentielles de cette population. Les conclusions de plusieurs de ces études s'avèrent que les usagers en santé mentale préféraient :

vivre dans leurs propres appartements ou maisons et non pas dans des programmes de santé mentale... Si on leur donne le choix, les répondants de ces études préféreraient ne pas vivre avec d'autres consommateurs. Ils ont besoin de plus d'argent ou de revenu afin de vivre dans le logement de leur choix et veulent avoir accès à des intervenants ou à du soutien naturel par l'intermédiaire des médiums, comme les téléphones et des personnes qui viennent les voir, selon leurs besoins quand ils le demandent, jour et nuit.

Fait intéressant, les familles (Rogers, Danley, Anthony, Martin et Walsh, 1994; Friedrich, Hollingsworth, Hradek, Friedrich et Culp, 1999) et les professionnels (Massey et Wu, 1993; Minsky, Gubman, Riesser et Duffy, 1995) préfèrent que les usagers vivent dans des environnements encadrés par des professionnels dans une proportion plus importante que les usagers. En effet, les recherches de Ridway et Zippel (1990), Minsky *et al.* (1995) ont démontré que les intervenants évaluent les besoins de ces personnes sur le plan de l'habitation, plus en termes d'hébergement que de logement social. Ils ont tendance à voir ces personnes comme des êtres « fragiles », « incapables de faire des choix » et « vulnérables ». Par conséquent, l'intervention est centrée sur le besoin de protection plutôt que sur les choix et les désirs de ces personnes.

Maintenant, qu'en est-il des résistances des citoyens à voir s'installer dans leur quartier des personnes ayant des troubles mentaux graves ? Afin de mieux comprendre le phénomène de stigmatisation et d'en identifier la source, Piat (2004) nous fait part d'une étude pilote sur l'expérience des résidents de quartiers, où l'opposition à l'implantation de sept foyers de groupe à Montréal s'est manifestée au cours des deux années précédant l'étude. Les résultats ont permis d'identifier les raisons sous-jacentes à ces résistances, en plus d'explorer l'impact négatif de la présence de tels foyers sur la vie de la communauté environnante.

En résumé, les motifs donnés par les citoyens pour expliquer leurs résistances se situaient au niveau de leurs préoccupations sur leur sécurité personnelle, la crainte d'un impact négatif sur la valeur de leur propriété et sur leur qualité de vie. La stigmatisation des citoyens à l'égard des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave ressort comme étant un obstacle important à l'intégration sociale de cette population.

De plus, les médias appuient les craintes des citoyens en associant certains comportements violents au diagnostic de santé mentale, ce qui alimente les préjugés à l'égard de cette maladie. Par conséquent, les citoyens et les propriétaires ont peur que ces personnes soient agressives, qu'elles ne prennent pas leurs responsabilités, telles l'entretien de leur logement, son paiement, qu'elles perturbent les autres résidents ou le voisinage, etc. La stigmatisation devient un enjeu pour l'intégration de ces personnes dans la communauté et pour obtenir l'habitat de leur choix.

Par ailleurs, les politiques sociales préconisent le développement du logement social avec soutien communautaire pour répondre aux besoins des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave sur le plan de l'habitat. En 2007, le MSSS a élaboré, avec la Société d'Habitation du Québec, un cadre de référence sur le soutien communautaire en logement social. Ce cadre reconnaît une responsabilité partagée des réseaux de la santé et des services sociaux et de l'habitation à l'égard de leur clientèle commune (personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, ayant une déficience intellectuelle, des troubles de santé mentale, une dépendance comme les alcooliques ou toxicomanes) habitant ces milieux de vie.

Aussi, le cadre de référence prend en considération que pour les personnes ayant un trouble de santé mentale grave, leur état de santé ou leur condition fait en sorte qu'il est difficile d'acquérir une stabilité résidentielle, un certain contrôle sur leur vie dans un milieu de leur choix et la possibilité de se réaliser par une véritable participation citoyenne.

Le logement social avec soutien communautaire correspond à une forme d'habitation qui permet à la personne d'atteindre ses objectifs à partir d'une bonne qualité de vie et d'un soutien adapté à ses besoins. Plus précisément, le logement social se définit comme étant une propriété collective qui a une mission sociale et qui ne poursuit aucune finalité de profit. L'initiative du développement d'unités de logement avec soutien communautaire relève de promoteurs issus de la communauté, généralement appuyés par un groupe de soutien technique.

Ces gestionnaires sont les offices d'habitation, des organismes à but non lucratif (OBNL) et des coopératives d'habitation (COOP). Ce ne sont pas des établissements ayant une mission d'hébergement au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Le gouvernement du Québec, seul ou dans le cadre d'ententes convenues avec le gouvernement fédéral, encourage ce type de tenue grâce à différents programmes de subventions.

En complémentarité au logement social, le soutien communautaire est essentiel pour répondre aux besoins de cette clientèle. Le cadre de référence s'inspire de la définition donnée par le Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales de l'Université du Québec à Montréal (LAREPS, 2002, p. 47). Le soutien communautaire est décrit comme étant un ensemble d'actions qui peuvent aller de l'accueil à la référence, en passant par l'accompagnement auprès des services publics, la gestion des conflits entre locataires, l'intervention en situation de crise, l'intervention psychosociale, le soutien au comité de locataires et aux autres comités et l'organisation communautaire. Sans cette forme d'aide, les personnes seraient exposées à l'isolement et à l'exclusion sociale. Ainsi, pour répondre aux besoins d'intégration des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave, la société a mis en place, avec des succès inégaux, différentes formes de logement, d'hébergement et de suivi. Actuellement, les pratiques d'intervention en santé

mentale sur le plan de l'habitat semblent entrain de se modifier considérablement pour répondre aux besoins de ces personnes.

Nelson et Peddle (2005) insistent sur le fait que le choix de la résidence et l'intégration dans la communauté sont liés au statut économique de l'usager et que, sans les ressources financières, l'appropriation du pouvoir ne peut être atteinte par les usagers. Un récent article (Piat, Lesage, Boyer, Dorvil, Couture, Grenier et Bloom, 2008) sur les préférences résidentielles des personnes atteintes de trouble en santé mentale grave soulève qu'une variété de ressources doit être disponible pour répondre à l'ensemble des besoins de ces personnes. Le logement social est essentiel, mais les autres formes d'habitation et de soutien répondent également aux besoins de certaines personnes atteintes de troubles mentaux graves.

1.5 Évolution et identification du réseau d'habitation existant en santé mentale

Dans cette section, nous décrivons l'évolution des deux principaux modèles d'hébergement développés durant les quarante dernières années pour les personnes souffrant d'un trouble de santé mentale grave au Québec : le modèle traditionnel, appelé le « continuum résidentiel » et le modèle d'hébergement alternatif (Ridgway et Zippel, 1990; Carling, 1993; Trainor, Morrell-Bellai, Ballantyne et Boydell, 1993). Par la suite, l'identification des différentes formes d'habitation qui existent en santé mentale au Québec sera explorée.

Au Québec, le modèle résidentiel privilégié au cours des trente dernières années est plutôt le modèle traditionnel, caractérisé par un continuum linéaire de ressources d'hébergement. Il est alors attendu que la personne progresse d'un type d'hébergement plus encadré à un autre qui l'est moins, au fur et à mesure qu'elle gagne en autonomie (Murphy, Pennee et Luchins, 1972). Dans la description d'un continuum, on peut penser retrouver, au début, le milieu le plus structuré, l'hôpital, et, à la fin, l'appartement anonyme. Entre les deux, nous retrouvons des résidences

d'accueil, des résidences intermédiaires, des appartements supervisés. Ces formes d'habitation, appelées dans la littérature modèle « *custodial* », sont en fait des familles qui accueillent des usagers chez elles. Tous ces types de ressources sont supervisés par des professionnels. Les responsables ainsi que les usagers sont rattachés à un centre de réadaptation ou hospitalier. Le modèle « *custodial* » a existé parallèlement à l'institution et a été accusé de la reproduire à plus petite échelle.

Devant les critiques des usagers et des responsables à l'égard de ce modèle, les politiques ont été révisées pour tenter d'offrir davantage de services à cette population et un milieu de vie de meilleure qualité (Barr et Fay, 1993), ce qui a donné naissance au modèle « *supportive housing* », aussi rattaché au concept de continuum résidentiel. Ce dernier prend couramment la forme d'un organisme, souvent un centre de réadaptation, qui offre lui-même une panoplie de ressources résidentielles, allant, par exemple, des foyers de groupe très structurés aux appartements supervisés. À la base de l'hébergement avec soutien professionnel, il y a la volonté de créer des environnements résidentiels qui soient des milieux d'apprentissage pour les résidents au sein desquels la dynamique de groupe est un outil d'habilitation dont se servent les travailleurs sociaux. Chaque résident est évalué et dirigé vers un type d'hébergement qui correspond à l'encadrement dont il a besoin. Les gens vivent donc dans des groupes relativement homogènes et puisqu'ils se retrouvent dans des milieux d'apprentissage, les résidents sont appelés à jouer principalement le rôle de bénéficiaires des services. Conformément à l'idée du continuum des services, au fur et à mesure des apprentissages, les résidents sont appelés à franchir les échelons vers de nouveaux milieux où ils consolident d'autres compétences jusqu'à ce qu'ils soient les plus indépendants possibles.

Un des problèmes constaté avec ce modèle, c'est que, malgré le concept de continuum, les résidents ne transitent pas nécessairement d'un environnement résidentiel à un autre. Il semble plutôt qu'ils passent souvent de longues années à une

étape précise, sans jamais progresser vers la suivante. De plus, les critiques de ce modèle lui reprochent de confondre l'habitation et la réadaptation. Selon eux, le droit à l'habitation ne devrait pas entraîner l'obligation de la réadaptation (Barr et Fay, 1993). En outre, une recherche effectuée par Morin, Robert et Dorvil, (2002) tentait de comprendre en quoi et comment le logement est un facteur d'intégration sociale pour les personnes classées malades mentales et déficientes intellectuelles. Des entretiens ont été menés auprès de 21 personnes ayant un trouble de santé mentale et de 15 personnes ayant une déficience intellectuelle. Les résultats de cette recherche révèlent que les personnes psychiatriquées connaissent bien la diversité des types d'habitation qui leur sont offerts et ce, selon une échelle portant sur le degré d'encadrement fourni dans ces milieux. La position de leur milieu de vie dans la hiérarchie résidentielle perçue renvoie, à son tour, les participants à leur propre degré d'autonomie et à leurs limitations.

En ce sens, l'habitation est un marqueur de statut. Ainsi, quitter son appartement autonome pour se retrouver en résidence d'accueil ou en appartement supervisé est perçu comme une perte, une régression et parfois même un échec. La valeur symbolique du logement est telle pour les participants que même dans les situations où ils reçoivent une aide soutenue dans le quotidien, l'appartement demeure un marqueur d'indépendance, d'autonomie, de normalité.

Précisons que les personnes qui vivent en logement se distinguent de ceux vivant en hébergement. Les premiers se réjouissent particulièrement de vivre dans un milieu normal, qui leur donne une image plus congruente d'eux-mêmes. Le contrôle de l'espace va aussi de pair avec l'exercice du rôle de locataire et les responsabilités qui y sont rattachées ainsi qu'avec la possibilité de contrôler son temps et de choisir qui entre chez soi. Aussi, la dimension relationnelle semble particulièrement riche pour les personnes qui vivent en hébergement. Néanmoins, celles qui demeurent en

logement nouent toutes des contacts, même superficiels, avec leur voisinage, leur donnant ainsi la possibilité de s'ouvrir sur un autre réseau.

Toutefois, il est notable que la majorité des personnes ont un réseau de proximité limité aux proches et aux services reliés à la santé mentale. Enfin, un logement autonome a beau correspondre aux normes sociales et souvent à l'idéal des personnes, il ne peut, en soi, constituer un antidote à la solitude.

En conclusion, nous constatons que l'évolution des interventions en santé mentale sur le plan de l'habitat démontre que la société est en train de passer d'un modèle d'intervention et de production des services à un autre, bien que des formes d'intervention et d'activités de l'ancien modèle soient encore maintenues. En effet, la logique de l'enfermement comme mode d'habitat a été définitivement remise en question avec la crise de ce modèle (Bélanger et Lévesque, 1990; Bélanger, Boucher et Lévesque, 2000). Cette critique, qui a rejoint le milieu professionnel des institutions en même temps que des secteurs de la population, a suscité la construction de dispositifs d'intégration sociale pour les personnes fragiles psychologiquement. Ces procédés ont arrimé des ressources publiques et communautaires. Par ailleurs, nous observons que, selon les professionnels de la santé et les personnes ayant un trouble de santé mentale grave et leur entourage, ces modes d'intervention ne suffisent pas.

Ces modèles étant construits essentiellement autour du concept d'hébergement, le passage au logement locatif constitue une marche trop haute pour plusieurs personnes ayant un trouble de santé mentale grave, même si ces dernières sont suivies par des intervenants. L'idée de logement avec soutien communautaire apparaît plus propice à faciliter cette transition. Cette perspective de passer à une autre logique d'intervention pousse les intervenants et les proches de ces personnes à imaginer de nouveaux modes d'intervention et d'hébergement et ce, dans le but d'offrir une

diversification des approches et des services proposant autant d'avenues ou l'opportunité pour un parcours de réinsertion sociale adapté à chacun.

1.6 Portrait du réseau de l'habitation pour les personnes ayant des troubles de santé mentale

Nous terminerons ce chapitre en effectuant un bref portrait du réseau de l'habitation offert aux personnes atteintes d'un trouble de santé mentale au Québec. Ensuite, nous décrirons le portrait du réseau de l'habitation pour cette même population dans la région de Lanaudière Sud.

1.6.1 Portrait du réseau de l'habitation au Québec

Voici un court éventail des choix résidentiels existant pour ces personnes. En premier lieu, les habitations qui sont offertes aux personnes atteintes d'un trouble de santé mentale qui n'ont pas besoin d'un encadrement résidentiel soutenu : le logement autonome avec ou sans colocataire, le logement en coopérative d'habitation et les maisons de chambre. En deuxième lieu, l'hébergement à durée illimitée, offert aux personnes atteintes d'un trouble de santé mentale qui ont besoin d'un soutien résidentiel léger ou modéré, c'est-à-dire les types d'hébergement qui regroupent des activités de supervision et de soutien.

Ces services de soutien sont essentiellement confiés aux propriétaires des ressources mais ils sont parfois offerts par un établissement gestionnaire. Ce type d'hébergement comprend les ressources de type familial (RTF), les pavillons, les foyers de groupe, les ressources de type intermédiaire (RI) et les appartements supervisés.

En dernier lieu, nous retrouvons l'hébergement de transition à durée limitée avec encadrement intensif, c'est-à-dire les types d'hébergement qui offrent des activités de soins, de traitement, de réadaptation et d'encadrement intensif destinés aux personnes hébergées de plus de 18 ans vivant des troubles de santé mentale grave avec ou sans

problèmes associés en vue d'une intégration sociale. On retrouve ce type d'hébergement en établissement opérant des activités de réadaptation, soit en foyer de groupe, en ressource intermédiaire de réadaptation et dans les organismes communautaires d'habitation.

1.6.2 Portrait du réseau de l'habitation dans la région de Lanaudière

Dans cette partie, nous explorons plus précisément le portrait de l'habitation dans la région de Lanaudière Sud, qui se retrouve entre la Mauricie et les Laurentides et est bordée au sud par Laval, Montréal et le fleuve Saint-Laurent. Elle couvre un territoire de plus de 12 400 kilomètres carrés. En 2006, on y dénombrait 59 municipalités non organisées. À celles-ci s'ajoute la réserve autochtone de Manawan. Lanaudière se caractérise par une diversité, tant sur les plans géographique, démographique, économique et social que sanitaire. Alors que le sud apparaît plutôt urbain ou semi-urbain et regroupe plus de la moitié de la population, le nord se révèle nettement rural.

La région se subdivise en six territoires administratifs nommés municipalités régionales de comté (MRC), soit d'Autray, Joliette, l'Assomption, Les Moulins, Matawinie et Moncalm. Du côté du réseau de la santé et des services sociaux, le modèle d'organisation repose sur deux réseaux locaux de service (RLS) dont les territoires respectifs correspondent au regroupement des MRC. Le RLS de Lanaudière Nord comprend les MRC D'Autray, Joliette, Matawinie et Montcalm alors que celui de Lanaudière Sud comprend les MRC Les Moulins et l'Assomption.

En décembre 2003, le Gouvernement du Québec a adopté le projet de Loi 25 qui a donné le coup d'envoi à une réorganisation majeure du réseau québécois de la santé et des services sociaux. Cette refonte s'appuyait sur la mise en place de réseaux locaux de services gravitant autour d'un établissement local, le centre de santé et des services sociaux (CSSS). Dans la région de Lanaudière, deux CSSS ont été créés. Le

CSSS du Nord de Lanaudière dessert les populations des MRC d'Autray, Montcalm et Joliette. Il est issu de la fusion du CLSC-CHSLD d'Autray, du CLSC de Joliette, du Carrefour de la santé et des services sociaux du CLSC-CHSLD Montcalm et du Centre hospitalier de Joliette. Le CSSS du Sud de Lanaudière couvre la MRC de l'Assomption et Les Moulins. Il est issu de la fusion du CLSC-CHSLD Meilleur, du CLSC Lamater et du Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur.

Le réseau de la santé et des services sociaux lanaudois est composé de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, de cinq établissements publics : CSSS du Nord de Lanaudière, CSSS de Sud de Lanaudière, Centre jeunesse de Lanaudière, Centre de réadaptation La Myriade et Centre de réadaptation Le Bouclier.

Le portrait de l'habitation dans la région de Lanaudière Sud est marqué par les contrastes entre les ressources d'hébergement offertes par les municipalités, le secteur communautaire et le réseau de la santé et des services sociaux. Plus précisément, dans la MRC l'Assomption, on compte quatre offices municipaux d'habitation (OMH) gérant 241 logements répartis en huit projets. Quarante-et-un pourcent de ces logements sont destinés aux familles et gérés par l'OMH de l'Épiphanie. C'est également dans cette municipalité que se trouve 50 % des logements pour personnes âgées en habitation à loyer modique (HLM). On retrouve cinq coopératives avec une offre totale de 61 logements. Les trois OBNL du territoire possèdent 191 logements destinés aux personnes âgées.

La MRC Les Moulins compte quatre OMH gérant 366 unités en HLM répartis en 11 projets. La majorité de ces logements sont destinés aux familles, ce qui est exceptionnel pour la région, car les HLM y sont généralement réservés à la clientèle des personnes âgées. L'OMH de Terrebonne compte d'ailleurs 75,7 % des logements familiaux en HLM de la MRC et 32,5 % des logements familiaux de la région de Lanaudière. Les deux coopératives du territoire possèdent 22 logements. Malgré tout,

on observe que peu importe le mode de calcul utilisé, la région de Lanaudière Sud souffre d'un écart dans l'utilisation des programmes d'aide gouvernementale et qu'il y a très peu de logements offerts pour les personnes atteintes de trouble de santé mentale grave. Le réseau de l'habitation est adapté pour les personnes âgées ou les familles. Le taux de pénétration des programmes doit donc être haussé dans un contexte marqué par le taux d'inoccupation des logements locatifs inférieur à 1 %, la demande élevée de logements sociaux caractérisée par de longues listes d'attente, la stabilité des résidents actuels et la détérioration appréhendée du parc résidentiel.

Depuis 1996, au niveau du réseau de la santé et des services sociaux, la région de Lanaudière s'est dotée d'un mécanisme régional d'accès en santé mentale. Les demandes d'hébergement en santé mentale y sont traitées, soit ressource de type familial et intermédiaire, pavillon et longue durée psychiatrique. Outre l'orientation de la clientèle vers le milieu d'hébergement approprié, ce comité a pour mandat d'y associer les services complémentaires nécessaires au soutien des personnes, soit le soutien au logement, le soutien d'intensité variable et le suivi intensif dans le milieu. Au niveau local, le continuum d'hébergement résidentiel est actuellement articulé autour de deux axes : l'hébergement communautaire et en ressource non institutionnalisée (résidence d'accueil et ressource intermédiaire). Actuellement, dans la région de Lanaudière Sud, il existe approximativement 84 places d'hébergement à durée illimitée et soutien léger ou modéré de type RI, RTF ou organisme communautaire d'habitation (OCH). On compte 24 places d'hébergement de transition avec durée limitée et encadrement intensif de type RI, RTF, OCH. Il n'existe aucun milieu de type logement avec soutien continu et appartement supervisé. Il y a 52 personnes qui reçoivent des services avec un suivi intensif dans le milieu et 149 personnes avec un soutien d'intensité variable (voir l'Annexe 1).

1.7 Position du problème

En résumé, nous avons précédemment défini l'habitation chez les personnes ayant un trouble de santé mentale grave comme étant un facteur d'intégration sociale. D'une part, plusieurs obstacles ont été soulevés pour définir les difficultés d'intégration sociale de ces personnes. D'autre part, différentes études soulèvent le fait que les interventions en santé mentale, au niveau de l'orientation résidentielle, sont plus centrées sur le besoin de protection de cette clientèle que sur les choix et les désirs des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave. Par conséquent, on constate un écart entre les préférences résidentielles des personnes atteintes, le parc de ressources actuelles et les services de soutien qui leurs sont offerts sur le plan de l'habitat en santé mentale. Nous croyons fondamental d'explorer les points de vue et les expériences des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave et des travailleurs sociaux en santé mentale sur le processus d'intégration sociale des personnes atteintes de troubles mentaux au plan de l'habitat dans la région de Lanaudière Sud.

Nous voulons mieux comprendre les difficultés que ces personnes peuvent vivre sur le plan de l'habitat et dégager les aspects à prendre en compte dans la mise en place des ressources sur le plan de l'habitat et des pratiques de soutien. Tel que vu précédemment, cette préoccupation de l'intégration sociale sur le plan de l'habitat est au cœur de plusieurs politiques dans le secteur de la santé et des services sociaux et de la société d'habitation. Cependant, malgré la mise en place de différentes formes de soutien, selon Dorvil (2007), on assiste à une montée du sentiment d'exclusion chez un nombre croissant de personnes atteintes de troubles mentaux au niveau de l'habitation.

Encore de nos jours, la maladie mentale est trop souvent considérée comme un crime à sanctionner, une honte à dissimuler, une tare ou un problème d'assistance sociale à régler au moindre coût. La stigmatisation à l'égard des personnes atteintes

d'un trouble de santé mentale persiste à travers le temps. De ce fait, quand un propriétaire refuse de louer un appartement à une personne atteinte d'un trouble de santé mentale grave, quand des résidents d'un quartier et la municipalité refusent la création de logements sociaux par crainte d'un impact négatif sur leur valeur immobilière, quand des interventions sont faites auprès des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave en les considérant comme des personnes en besoin de protection, ils doivent réaliser que cela amène ces personnes à vivre une situation d'exclusion au niveau de l'habitation et ajoute un poids supplémentaire à une souffrance déjà présente. Précisons que ces comportements discriminatoires ne sont pas tolérés par la société et il existe des lois pour défendre les victimes de ces injustices, puisque la discrimination basée sur l'état mental s'avère aussi dommageable et inacceptable que la discrimination sur la race, l'ethnicité, la religion, le genre ou l'orientation sexuelle. Ces obstacles à l'intégration sociale font partie des difficultés que peuvent rencontrer les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale et les amener vers un processus d'exclusion.

1.8 Question de recherche

Par conséquent, dans cette recherche, nous souhaitons aborder la question de l'intégration sociale en impliquant les principaux acteurs dans cette problématique, soit les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave et les travailleurs sociaux.

Pour ce faire, notre question de recherche est la suivante : quelles sont les perceptions des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave et des travailleurs sociaux sur les difficultés d'intégration sociale des personnes ayant des troubles mentaux au plan de l'habitat dans la région de Lanaudière Sud ? Plus précisément, nous souhaitons connaître les obstacles rencontrés par les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave sur le plan de l'habitat, les facteurs qui

les aident à surmonter les difficultés vécues sur le plan de l'habitat ainsi que leurs impacts sur le plan identitaire.

CHAPITRE II

CADRE THÉORIQUE

2.1 Interactionnisme symbolique

Pour répondre à ces questions, notre cadre théorique est basé sur l'interactionnisme symbolique et cette approche sera située par rapport à notre problématique. Selon Mourtou (1984), la perspective interactionniste tente d'expliquer pourquoi et sous quelles conditions certains actes et certaines situations en viennent à être définis ou jugés problématiques. Cette théorie met l'accent sur la subjectivité des problèmes sociaux induits par la réaction sociale qui ne relève ni des lois transgressées, ni des comportements déviants de la norme, mais des situations désignées et dénoncées comme déviantes.

Pour ce courant de pensée,

ce qu'il importe de découvrir par l'analyse des problèmes sociaux, ce sont les forces sociales qui sont productrices de sens. Même si la misère humaine a des fondements réels, l'importance accordée à tel ou tel problème particulier, de même que les représentations qui l'entourent, dépend des individus qui ont réussi à imposer leur définition du problème dans un contexte social donné (Manseau, 1988, p. 42).

Ainsi, cette approche interprète la déviance, non pas comme un ensemble de caractéristiques individuelles ou de groupe, mais comme un processus d'interactions entre les déviants et les non-déviants, ce qui n'est pas étranger aux structures du pouvoir dans la société. La déviance serait le fruit d'une construction sociale et non un fait brut. Par conséquent, l'étude de la conduite déviante est un domaine complexe à analyser, parce qu'il existe autant de normes, de valeurs et de règles que de types de violation. De plus, les normes varient à travers le temps, les lieux et les groupes de

personnes. Ainsi, ce qui est normal dans une aire culturelle donnée peut être déviant dans une autre. Les réactions à la déviance peuvent donc varier selon le moment précis de la transgression des normes et selon le statut du transgresseur.

En résumé, pour les interactionnistes, la désignation officielle des problèmes sociaux ne relève pas tant d'un consensus que de l'interprétation de ceux qui interviennent dans la définition des lois et de leur mise en application.

En ce qui concerne notre champ d'étude qui est axé sur le trouble de santé mentale et le processus d'intégration sociale, l'interactionnisme symbolique examine la nature et la signification de l'expérience de la maladie dans le contexte de l'interaction avec les autres et elle est influencée par les perceptions véhiculées dans la société. Chaque comportement ou message de l'un induit un comportement ou un message de l'autre dans un processus dynamique (Quivy et Van Campenhoudt, 2006).

Si on se réfère à l'approche de l'ordre définie par Wirth (1967), on voit la « maladie » mentale comme un problème social lorsqu'elle s'esquisse à l'intérieur d'une société vue comme un système d'actions unifié par une culture commune. L'entente s'avère unanime à travers les diverses composantes du système : valeurs, mode de communication, organisations politiques. Par le biais de la socialisation, le système social s'attend à une dévotion de tous à son égard. À ce niveau, le comportement anormal du « malade » mental, opposé à la conformité sociale, signifie pour lui l'incapacité de remplir ses rôles sociaux. Il s'agit d'une déficience, voire d'un échec du processus de socialisation.

Ainsi, à partir de la perspective interactionniste symbolique, nous analysons les difficultés d'intégration sociale des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave comme étant le résultat des interactions entre la personne atteinte d'un trouble de santé mentale et son environnement. Pour ce faire, nous décrivons plus

spécifiquement notre cadre théorique basé sur la théorie de l'intégration sociale et sur les concepts de vulnérabilité, de stigmatisation et d'identité sociale. Précisons que nous nous sommes intéressée à ces différentes dimensions dans le contexte où la vulnérabilité des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave peut être conçue, selon Castel (1992), comme une zone de turbulence entre intégration et exclusion, dont l'importance grandit avec l'affaiblissement du filet social et l'augmentation de l'individualisme. Par ailleurs, selon Soulet (2004), il n'existe pas de vulnérabilité en soi, mais des êtres vulnérables dans certaines circonstances et conditions.

Par conséquent, dans cette optique interactionniste, il est clair que la vulnérabilité des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale ne relève pas du hasard ni d'une défaillance uniquement individuelle, mais s'inscrit dans une trajectoire déterminée par les conditions structurelles sur le plan social, économique, culturel et politique.

De ce fait, il est difficile pour la personne avec des comportements définis comme inadaptés de définir son identité sociale, car il s'agit d'une modalité d'identification non par rapport à soi, mais par rapport à l'ordre normatif. Cette non-reconnaissance de la différence peut donc entraîner des sentiments de mépris qui vont s'exprimer par la stigmatisation et renforcer, par le fait même, la vulnérabilité de cette personne. En ce sens, nous avons choisi d'explorer le processus d'intégration sociale des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave, car il se construit de manière dynamique avec les concepts de vulnérabilité, de stigmatisation et d'identité sociale. Définissons maintenant la théorie de l'intégration sociale.

2.2 Théorie de l'intégration sociale

La thématique de l'intégration des individus et des groupes sociaux n'est pas récente, que l'on pose la question de l'intégration des handicapés de toutes sortes, des pauvres ou des chômeurs et que l'on mette en place une série de politiques et de

mesures pour leur venir en aide. Nous constatons qu'il est difficile de définir l'intégration sociale car la littérature a tendance à utiliser plusieurs termes pour faire référence à cette théorie. En ce sens, les auteurs parlent d'intégration, de réinsertion, d'insertion, d'insertion sociale, etc. Ainsi, Durkeim (1967, 1993), Dubet (1994) et Castel (1995) définissent l'intégration sociale comme la capacité, pour une société donnée, d'assurer une cohésion sociale en permettant aux groupes et aux individus qui la composent d'acquérir une place reconnue, c'est-à-dire, d'avoir les ressources et les moyens nécessaires à l'obtention d'une certaine indépendance et autonomie.

Cette possibilité d'avoir une place reconnue dépasse la simple survie et tient à la capacité de vivre selon les standards dominants dans une formation sociale donnée. Elle renvoie aussi aux inégalités sociales, puisque tous n'ont pas un accès égal aux ressources nécessaires pour s'assurer une vie décente et ce, même s'il existe des dimensions à ce qu'il faut entendre par vie décente. Parmi les ressources jugées nécessaires, le logement est considéré comme un élément-clé.

Il demeure l'instrument par excellence permettant d'avoir accès aux autres ressources et c'est précisément là que le bât blesse. Dans la conjoncture sociale actuelle, une telle ressource n'est pas toujours disponible ou elle l'est de façon inégale.

Précisons que, dans notre recherche, nous considérons l'exclusion et l'intégration comme deux pôles opposés du processus d'insertion sociale. Cette analyse de processus se réfère principalement à Castel (2003) qui mentionne que : « Cette marginalité, ne peut s'appréhender qu'à l'aide d'une théorie explicite ou implicite, de l'intégration sociale, sont intégrés les individus inscrits dans des réseaux producteurs de richesse et de reconnaissance sociale, seraient exclus ceux qui ne participeraient pas à ces échanges réglés ». De plus, il définit la notion d'intégration comme étant :

un contenu qui n'est pas donné une fois pour toute. C'est une sorte de construction historique, parce que l'intégration exprime un certain

équilibre entre les groupes sociaux. Idéalement, ce serait une forme de cohésion sociale dans laquelle tous les individus, qui composent une société, trouveraient une place reconnue (2003, p. 20).

En s'appuyant sur les travaux de Schnapper (1981, 1995, 1997), Paugam (1991, 1996), De Gaulejac et Leonetti (1994), Castel (1995) démontre que : « l'intégration sociale est le résultat d'un ensemble de processus dont il faut trouver les origines en amont, au cœur même des processus de la production et de la répartition des richesses sociales » (1995, p. 20).

Pour tous ces auteurs, l'intégration sociale est aussi un phénomène multidimensionnel. Ainsi, De Gaulejac et Leonetti (1994) considèrent que le processus d'intégration des individus comporte trois dimensions : économique, sociale et symbolique. Économique, car le déclin caractérisé du salariat et la perte des protections sociales ont plongé des groupes de personnes dans une situation de précarité et de vulnérabilité sociale facilitant les possibilités de vivre de l'exclusion et d'entrer en marge. Sociale, car les liens interpersonnels ou avec diverses institutions sont autant de possibilités pour les personnes de vivre des échanges, d'obtenir des informations et même d'avoir accès à certaines ressources en vue d'obtenir des emplois. Symbolique, car en s'intégrant dans le monde économique et social, les personnes correspondraient aux modèles culturels dominants, aux valeurs reconnues et se rebâtiraient ainsi une identité « acceptable » aux yeux du monde et à leurs propres yeux.

Dans cette recherche, nous définirons le processus d'intégration sous sa conception la plus commune, telle que le présente Castel (1995), soit comme un ensemble de procédures qui visent à annuler cette sorte de déficit dont souffre un individu stigmatisé, pour qu'il puisse se réinscrire dans la vie sociale, à parité avec ceux qui n'ont pas souffert de ce déficit.

Aussi, nous tiendrons compte de l'aspect multidimensionnel de l'intégration sociale en examinant la question de l'insertion des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale sur le plan de l'habitat sous un angle phénoménologique, en partant de l'expérience même de ces personnes. Nous examinerons leur cheminement en nous intéressant aux caractéristiques des trajectoires qu'elles ont suivies sur le plan de l'habitat selon trois concepts : vulnérabilité, stigmatisation et identité. Ces concepts nous permettront de mieux saisir les éventuels processus ayant conduit ces personnes à des épisodes d'intégration ou de non-intégration sur le plan de l'habitat.

2.3 Concept de vulnérabilité

Le premier concept théorique que nous avons choisi d'aborder dans la théorie de l'intégration sociale est celui de vulnérabilité. Selon Roy (2008), la définition de la vulnérabilité appliquée à des individus, des familles et des communautés représente un défi de taille pour les chercheurs et les divers intervenants œuvrant auprès des personnes et des populations considérées comme exclues et vulnérables. Certains auteurs privilégient une explication axée sur le contexte de vulnérabilité (Soulet, 2004), un état intermédiaire entre l'intégration et la désaffiliation (Castel, 1992). D'autres, comme Felouzis (2001) et Châtel (2005) le considèrent comme un déficit de ressources générant un état de vulnérabilité et une impossibilité d'agir. Si nous sommes tous des candidats vulnérables, il n'en demeure pas moins que les trajectoires individuelles sont intimement liées à la force de leurs liens et de leurs réseaux sociaux. Le statut social et économique, la fréquence et l'intensité des moments de vulnérabilité, la force ou la faiblesse des liens sociaux constituent des facteurs importants dans la saisie de ce qui est vulnérable sur une base temporaire et ponctuelle ou structurelle, voire sur une base permanente. Selon Clément et Bolduc (2004), ce concept fait référence aux ruptures qui touchent les dimensions économique, matérielle, psychologique et symbolique.

La vulnérabilité représente une étape précise d'un long processus menant à l'exclusion, laquelle peut se vivre sur plusieurs plans, dont celui de la santé, de l'entourage familial, du réseau social, du milieu scolaire, du milieu du travail, de la relation amoureuse, etc.

Il existe des populations, telles les personnes ayant un trouble de santé mentale grave, en état de fragilité ou de précarité qui ont une forte probabilité de connaître ou connaissent effectivement un processus susceptible de les exclure de la vie collective, professionnelle et relationnelle (Schnapper, citée dans Paugam, 1996, p. 27). Mann (1994) rapporte que les personnes ayant des troubles mentaux cumulent les facteurs de vulnérabilité suivants : fragilisation des relations sociales et familiales, problèmes financiers, difficulté à se projeter dans le futur, problème d'accès à l'éducation, à l'information, à la santé, aux services plus généraux, tels les services sociaux, problème d'interaction avec les autres membres de la société (mépris, rejet, pitié...).

La dimension économique fait référence à des indicateurs quantitatifs. On pense particulièrement aux revenus, au type d'habitation, aux biens immobiliers, au coût de l'habitation. Selon De Gaulejac et Leonetti (1994), la définition du seuil de niveau de vie minimum permettant d'être considéré comme intégré économiquement fait l'objet de débat. À ce sujet, on retrouve deux conceptions : la pauvreté absolue et la pauvreté relative. Précisons que la pauvreté absolue fait référence à des besoins fondamentaux exprimés en termes biologiques de survie, alors que la pauvreté relative tient compte du niveau de développement de la société et des systèmes de valeurs. La pauvreté relative fait référence à des normes sociales et de ne pas correspondre à ces normes peut être vécu et perçu comme une situation anormale et comme un résultat d'une incapacité personnelle. Il nous apparaît important de tenir compte de ces deux conceptions puisqu'elles peuvent être porteuses de sens différents pour les personnes. Notons que ces auteurs font remarquer que « si l'intégration économique est capitale,

son absence ne suffit pas à définir ou à expliquer l'exclusion sous ses différentes formes » (1994, p. 58).

Par ailleurs, Bergier (1994) décompose la trajectoire en quatre étapes menant certains individus vers l'exclusion : rupture, enchaînement des ruptures, décrochage et déchéance.

La rupture consiste en un événement difficile que la personne n'arrive pas à assumer, par exemple, le décès d'un être cher, une maladie grave, la perte d'un logis, etc. L'enchaînement des ruptures survient suite au bouleversement et à l'instabilité liés à la première rupture. L'individu devient alors vulnérable à d'autres ruptures et perd de plus en plus la maîtrise de ses conditions d'existence (De Gaulejac et Leonetti, 1994, p. 118). Selon ces auteurs, à l'étape du décrochage, l'individu survit en utilisant des moyens institutionnels, des services d'aide. À cette étape, il est donc « socialement repéré et désigné comme errant, d'où les conséquences sur la participation ultérieure à la vie sociale et sur l'évolution de l'image de soi ». Cette phase serait cruciale dans le « processus de mise en place d'un concept marginal ». Le bouleversement principal est un changement d'identité aux yeux des autres (De Gaulejac et Leonetti, 1994, p. 118-119). L'étape de la déchéance implique une entrée dans un groupe organisé d'exclus. L'individu développe une appartenance sociale et il « justifie son nouvel état par des rationalisations qui le conduisent à défendre ce mode de vie, quand bien même il est cause de souffrance » (Bergier, 1994, p. 119, dans Bernier, 2004).

La compréhension de ce parcours d'intégration à la désinsertion, présenté par Bergier (1994), incite à porter une attention sur les difficultés d'intégration que vivent les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave sur le plan de l'habitat par rapport à cette trajectoire, mais aussi sur les stratégies mises en œuvre par ces personnes pour faire face à cette situation. Ce chercheur nous amène à prendre conscience des stratégies des acteurs, à mieux comprendre comment ils se

débrouillent chacun dans leur rôle pour surmonter ou contourner les situations sociales difficiles avec leurs capacités propres, leurs attentes, leurs désirs ou, au contraire, comment ils se trouvent broyés par ces contraintes et irrésistiblement entraînés par les mécanismes d'exclusion. Ainsi, si Bergier (1994) a développé, comme Castel (1994), un regard sur l'exclusion en termes de processus, nous retenons leur enrichissement quant à la manière dont les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale peuvent percevoir et vivre les étapes d'une trajectoire les conduisant à la désinsertion sur le plan de l'habitation. Par conséquent, la personne n'est pas considérée comme passive dans ce processus. C'est ce qui nous amène à vouloir explorer les perceptions des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave et des travailleurs sociaux sur les difficultés d'intégration sociale que les personnes atteintes de troubles mentaux ont pu vivre sur le plan de l'habitation et quelles stratégies ils ont mis en œuvre pour surmonter ces difficultés.

2.4 Concept de stigmatisation

Nous poursuivrons le développement de notre cadre théorique avec le concept de stigmatisation, qui s'inscrit dans un processus complexe mettant en relation plusieurs concepts, tels l'étiquetage social et la discrimination, la déviance et la normalisation des comportements, la vulnérabilité et les rapports de pouvoir, la représentation sociale, voire même l'identité. Plus précisément, la stigmatisation consiste en un processus par lequel les individus se trouvent marqués, étiquetés suite à une expérience de rejet social. La stigmatisation a pour effet de réduire l'identité de l'individu à une seule facette (celle marquée par la « marginalité »). Par conséquent, la lutte contre cette étiquette qui lui est accolée devient le principal obstacle à sa réintégration sociale. Selon Ville (1999), l'acte d'étiqueter une personne ou un groupe ne se limite pas seulement à décrire une déviance ou une déficience, elle implique également l'attribution d'un ensemble de caractéristiques culturellement associées à cette déviance. Autrement dit, le préjugé ne porte pas tant sur la

condition, la maladie ou l'état d'une personne que sur les comportements supposément « sous-jacents » à ces derniers. Les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale peuvent ainsi être perçues comme des irresponsables, des personnes faibles qui n'ont pas suffisamment de contrôle sur leurs pulsions, voire des menaces à l'ordre social (fardeau économique, compte tenu du coût des soins de santé ou services sociaux requis et d'une possibilité de faible participation à la vie économique, fardeau social compte tenu de la menace de santé, à la sécurité ou au bien-être qu'ils peuvent représenter pour la population).

Selon Rogel (1997), le stigmatisme correspondrait à toute caractéristique propre à l'individu ou au groupe qui, si elle est connue, le discrédite aux yeux des autres. Aussi, De Bruyn (1998) mentionne qu'un stigmatisme part d'une expression de norme sociale et culturelle qui façonne des relations entre les personnes conformes à cette norme et trace une frontière dans la société entre les normaux et les exclus, entre nous et eux. Toujours d'après Rogel (1997), le stigmatisé sera généralement perçu comme occupant une position sociale inférieure. Parfois le stigmatisme est si important qu'il a pour effet de suspendre tous les autres rôles sociaux que peut jouer l'individu qui en est affligé; le stigmatisme devient ainsi le centre de toutes les pensées et donc le premier élément de définition de l'individu.

Selon Goffman (1963), le stigmatisme a également un pouvoir d'extension dont le caractère dévalorisant peut s'étendre à la famille, aux proches et à la communauté de l'individu concerné, c'est ce qu'il appelle la stigmatisation de courtoisie. La perte de l'estime de soi (liée aux problèmes concrets de la vie quotidienne) représente sans doute le phénomène le plus marquant chez la personne étiquetée. Ainsi, la stigmatisation affecte tous les aspects de la vie d'un individu, dont l'estime de soi, l'accès au logement, à l'emploi, etc. De plus, la situation de stigmatisé s'accompagne d'un sentiment de culpabilité, notamment si l'individu est taxé de comportements à risque ou d'habitudes de vie malsaine.

Pour terminer, précisons que la stigmatisation des personnes atteintes de troubles mentaux est encore présente dans notre société. Le problème de la santé mentale reste encore, en bonne partie, un construit social en même temps qu'une question de fragilité personnelle. Malgré les efforts du gouvernement à démystifier la maladie mentale, les préjugés, la discrimination et la stigmatisation font encore partie d'un combat que doivent mener les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave. Le champ de l'habitation n'y fait pas abstraction. Selon plusieurs auteurs, la persistance des attitudes et des croyances négatives vient de l'ignorance des gens face aux maladies mentales. Un rapport de Santé Canada (2002) rapporte que s'y greffent la superstition et le manque d'empathie, faisant de la discrimination et de la stigmatisation une des plus tragiques réalités de la santé mentale. L'image stéréotypée que conserve la population sur les personnes présentant une maladie mentale est projetée, en l'occurrence par les médias, internalisée par l'auditoire et devient un mythe dont il est difficile de se défaire. Comment la stigmatisation se traduit-elle dans la vie des personnes atteintes de troubles mentaux graves sur le plan de l'habitat dans la région de Lanaudière Sud ? Cette recherche, basée sur les expériences des personnes atteintes de troubles mentaux et des travailleurs sociaux travaillant quotidiennement auprès de cette clientèle, devrait être en mesure de nous éclairer sur cette question.

2.5 Concept d'identité

Le troisième concept touchant la théorie de l'intégration sociale est celui de l'identité, qui regroupe les façons dont les individus ou les groupes se définissent par eux-mêmes et sont définis par autrui.

L'identité est à la fois une construction des agents sociaux à l'intérieur d'eux-mêmes et une catégorisation de la part de la communauté et des institutions sociales (Banque de ressources interactives en sciences économiques et sociales, 1990). Ainsi, tel que le mentionne Boulte (1995), l'identité permet à l'individu de se situer, de se

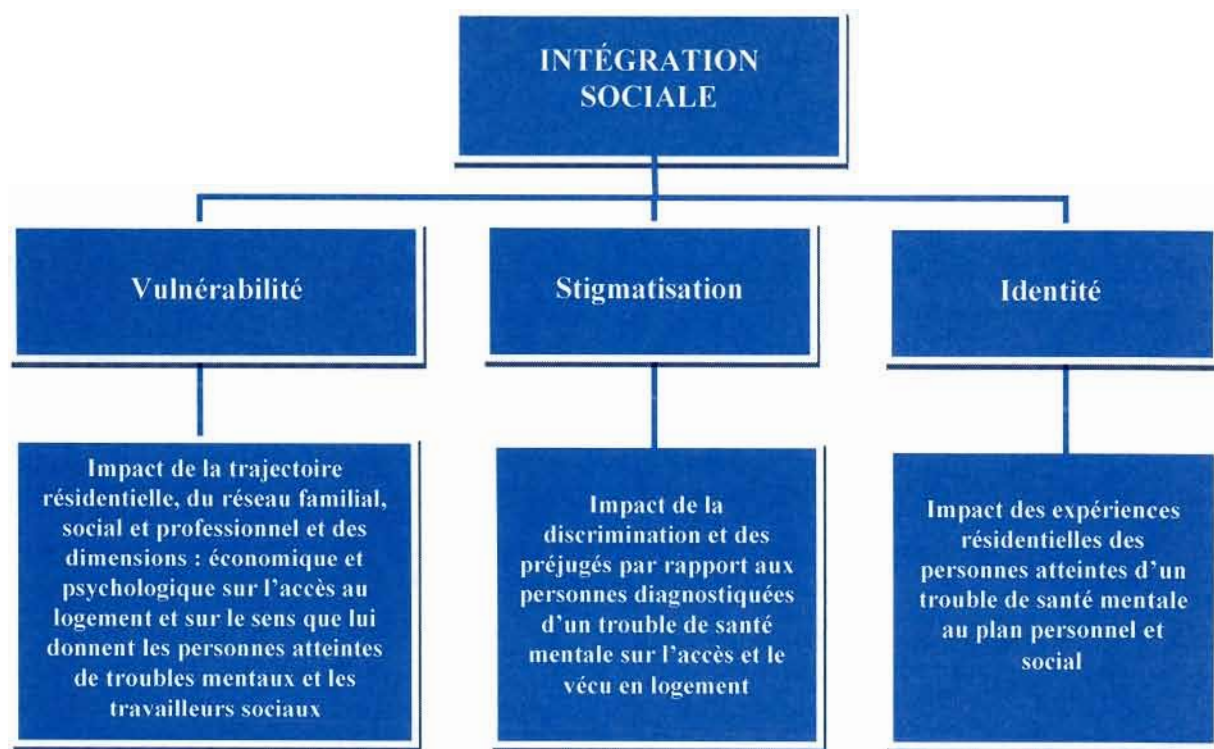
repérer, de savoir qui il est, de donner un sens à son existence. S'il est suffisamment assuré de qui il est, l'individu peut entrer en relation avec les autres. En l'absence d'accès à un rôle social et professionnel valorisé et devant la non-reconnaissance de son importance dans le monde dans lequel la personne vit, cette personne est fragilisée et privée des moyens et des conditions nécessaires à une construction identitaire qui lui permettrait d'agir, de se positionner dans le monde et d'être active (De Queinoz, 1996). En parallèle, considérer que l'on vit à l'envers ou à l'opposé des valeurs sociales dominantes de réussite, d'autonomie, de performance, de créativité, etc. ou que l'on a été abandonné par les structures sociales ou encore que l'on doit assumer seul la responsabilité de son échec d'insertion ne peut que générer des sentiments négatifs : humiliation (Déloye et Haroche, 2006), indignité (Sennet, 2003), mépris (Renault, 2000), honte (De Gaulejac et Leonetti 1994). Vivre l'exclusion, c'est en venir à ne pas avoir de travail, d'habitat, n'avoir que très peu de réseaux sociaux, avoir peu d'informations, perdre son estime de soi et son identité, ne plus avoir de sentiment d'appartenance ou presque, se sentir seul (Roy, 2008).

Paugam (1991) développe le thème des difficultés d'intégration autour de la notion de disqualification sociale. Pour lui, cette notion est en lien avec la logique de désignation et d'étiquetage et de ses effets sur le plan identitaire. Il souligne également l'importance de prendre en compte à la fois l'identité sociale et l'identité personnelle qui permettent de comprendre la résistance au stigmat. Ainsi, il reconnaît à l'individu une marge d'autonomie dans la définition du soi. Pour mieux étudier le terme de disqualification sociale, Paugam (1991) rappelle la nécessité d'établir une hiérarchie des statuts sociaux. C'est par le degré d'intensité des interventions sociales qu'il en arrive à définir trois types de bénéficiaires de l'action sociale : les fragiles, les assistés et les marginaux. À une intervention sociale ponctuelle correspond les fragiles, à une intervention régulière, les assistés et, enfin, à ce qu'il nomme une infra-intervention, les marginaux.

Paugam (1991) a recherché la correspondance entre les caractères des trois types mentionnés et le sens que les individus donnent à leurs expériences vécues. L'auteur ajoute que : « le recours à l'assistance a souvent été décrit comme une épreuve humiliante qui peut introduire un changement profond dans l'itinéraire moral d'un individu » (1991, p. 25). Ces affirmations concordent avec les études de Ridgway et Zippel (1990) et de Minsky, Gubman et Duffy (1995) citées dans notre problématique, où les résultats mettaient en évidence que les différents types de soutien offerts aux personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave ont un impact sur l'identité de ces personnes, principalement si elles sont considérées comme des êtres fragiles, en besoin de protection.

Paugam (1991) a aussi exploré la relation entre la recherche d'une identité et d'un statut et la condition objective des personnes reconnues en situation de précarité économique et sociale. C'est en examinant attentivement le sens que les individus donnent à leurs expériences vécues qu'on peut dégager les éléments positifs ou négatifs, dynamiques ou passifs de leur identité. De cet auteur, nous retenons les conséquences de la désignation et de l'étiquetage sur le plan identitaire, le questionnement sur les formes d'intervention ainsi que l'organisation sociale par rapport à ce qu'ils peuvent faire vivre aux personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave sur le plan de l'habitat. Effectivement, nous croyons que ces concepts peuvent être d'un apport précieux pour enrichir notre étude dans le champ de l'intégration sociale des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave sur le plan de l'habitat dans la région de Lanaudière Sud.

Figure 1 : Schéma conceptuel



CHAPITRE III

MÉTHODOLOGIE

3.1 Type de recherche

Dans cette recherche, de nature qualitative, nous avons exploré la question du processus d'intégration sociale chez les personnes qui vivent des problèmes de santé mentale dans le champ de l'habitation. Ce phénomène a été étudié dans son ensemble et à partir des points de vue et du sens que lui donnent les personnes qui le vivent ou qui sont en contact avec cette problématique. Nous avons privilégié la construction d'un savoir au plus près de l'expérience des personnes et nous nous sommes intéressée aux paroles qui portent l'empreinte de l'expérience, tout en étant consciente que cette construction est délicate. Corin (2000) souligne que dans nos tentatives de comprendre l'autre, il y a toujours un risque de projeter nos propres sentiments et nos propres pensées dans l'autre. Elle rappelle que : « toute rencontre est une entreprise d'interprétation où chacun cherche à comprendre et à interpréter les signes et les mots de l'autre en fonction de son propre cadre de référence » (Corin, 2000, p. 22). Précisons que nous ne nous considérons pas comme extérieure à la situation mais davantage comme participante à la construction d'un savoir émergeant peu à peu par l'écoute et le dialogue avec l'autre.

Par rapport à la recherche qualitative en travail social, Groulx (1998 p. 22) affirme que celle-ci « permet un décentrement vis-à-vis les manières dominantes de concevoir l'intervention et les pratiques sociales et d'analyser les problèmes sociaux », ce qui va dans le sens où nous voulons diriger cette recherche. Faire appel aux savoirs des personnes concernées, c'est nous ouvrir à d'autres perceptions, d'autres visions, ce qui nous apparaît être essentiel à l'enrichissement des pratiques en travail social.

3.2 Échantillons

Pour les fins de cette recherche, nous avons réalisé dix entrevues semidirigées, dont six avec des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave et quatre avec des travailleurs sociaux exerçant en santé mentale.

Nous voulions recueillir leurs perceptions, points de vue et expériences en regard du processus d'intégration sociale des personnes atteintes de troubles mentaux sur le plan de l'habitat. Depuis quelques années, nous observons un changement dans les recherches faites auprès des personnes atteintes de troubles mentaux. En effet, elles tendent à vouloir impliquer davantage cette clientèle dans les études axées sur leurs besoins et à reconnaître leur savoir expérientiel. Aussi, comme le trouble de santé mentale touche le fonctionnement général de la personne atteinte, le volet biopsychosocial nous aide à mieux comprendre ce que vivent ces personnes. Par conséquent, nous trouvions intéressant d'entendre les points de vue sur cette problématique, autant des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale que des travailleurs sociaux.

3.2.1 Échantillon des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave

Les six personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave ont été sélectionnées avec l'aide d'un coordonnateur clinique du centre de réadaptation La Myriade. Cette ressource offre des activités de réadaptation et d'encadrement d'intensité variable pour les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave en vue d'une intégration sociale dans la communauté. Les personnes qui ont été sélectionnées pour cette recherche devaient répondre aux critères d'admissibilité du centre de réadaptation La Myriade, soit :

- avoir un diagnostic d'un trouble de santé mentale grave;
- être stable au point de vue médical;
- avoir un suivi en psychiatrie;

- ne pas avoir une déficience intellectuelle;
- avoir déjà vécu au moins deux ans en logement;
- ne pas avoir été suivies par la chercheure.

Nous avons contacté ces personnes nous-mêmes, suite à un premier contact fait par le coordonnateur clinique, pour leur expliquer le sens de cette recherche. Ces personnes étaient toutes intéressées à partager volontairement leur expérience.

3.2.2 Échantillon des travailleurs sociaux

Du côté des travailleurs sociaux, nous les avons sélectionnés à partir des cliniques externes de psychiatrie rattachées à l'hôpital Pierre-Le Gardeur. Lors du recrutement, nous avons été sensible à l'effet de désirabilité sociale, du fait que nous travaillons nous-même à l'hôpital Pierre-LeGardeur et que nous connaissons les travailleurs sociaux de l'arrondissement. Les travailleurs sociaux qui ont participé à cette recherche répondaient aux critères exigés par cet établissement pour travailler en clinique externe de psychiatrie, soit :

- être titulaire d'un baccalauréat en travail social;
- avoir plus de deux ans d'expérience auprès de la clientèle en santé mentale;
- travailler en psychiatrie adulte dans la région de Lanaudière Sud;
- être membre de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec.

Ils ont donc été contactés, en premier, par une lettre d'invitation que nous avons préparée pour leur expliquer le sens de notre recherche. Spécifions que notre nom n'apparaissait pas sur cette lettre d'invitation. Par la suite, les travailleurs sociaux intéressés à participer à cette recherche ont appelé notre directeur de mémoire et une agente de recherche pour réaliser cette entrevue.

3.3 Obtention du brevet déontologique

Avant de procéder à la réalisation des entrevues, nous avons obtenu un brevet déontologique de l'UQAM et du comité central d'éthique de la recherche du CSSS de Lanaudière. Le mandat de ces comités est de veiller à la sécurité et au bien-être des sujets et d'assurer le respect de leurs droits. Comme mentionné précédemment, nous avons tenu compte de l'influence de notre statut sur le recrutement. Nous avons aussi accordé une grande importance à la rédaction et à la distribution du formulaire de consentement libre et éclairé prévu à cet effet. Ce formulaire décrivait clairement les objectifs et les modalités de la recherche ainsi que l'utilisation des données recueillies.

Les personnes étaient informées de leur droit de refuser de répondre à une question ou de pouvoir se retirer à tout moment. Il incluait également l'énumération des personnes qui avaient accès aux informations recueillies, de quelle manière la confidentialité des données était préservée et de la durée de conservation. Nous étions ouverte à répondre à toutes questions pouvant les aider à prendre une décision. Puis, si la personne acceptait, elle devait signer le formulaire et nous procédions ensuite à la réalisation des entrevues.

3.4 Choix de l'instrument de collecte de données

Nous avons choisi la méthode d'entretien, car elle nous permettait d'avoir un véritable échange avec les gens que nous avons rencontrés. Cette méthode permet de récolter des témoignages en respectant les interlocuteurs sur leurs propres cadres de référence : leur langage. Pour éviter que ces personnes s'éloignent de notre sujet de recherche, nous avons préparé un schéma d'entretien (Annexes 2 et 3).

Tel que défini par Quivy et Van Campenhould (1998), dans ce type d'entrevue, le chercheur dispose d'une série de questions guides, relativement ouvertes, à propos

desquelles il est impératif qu'il reçoive une information de l'interviewé. Le guide d'entretien a été élaboré en fonction de notre cadre théorique. Les thèmes abordés traitaient des concepts rattachés à la théorie de l'intégration sociale, soit les concepts de vulnérabilité, de stigmatisation et d'identité. Précisons que nos questions d'entrevue étaient de forme ouverte afin de permettre une plus grande latitude dans l'expression. Nous n'avons pas procédé de façon identique dans chacune des entrevues. Parfois, une seule question permettait à une personne de s'exprimer sur plusieurs dimensions alors que pour d'autres, nous avons dû questionner de façon plus systématique. Nous nous sommes donc adaptée selon les caractéristiques expressives des personnes. Les questions furent bien accueillies et à aucun moment nous n'avons perçu de réticences à répondre.

3.5 Collecte de données

Les personnes interrogées nous ont livré leurs points de vue et leurs expériences avec générosité. La durée approximative des entrevues fut d'environ 60 minutes et celles-ci se sont déroulées au lieu choisi par les personnes.

Les quatre travailleurs sociaux ont opté pour faire les entrevues dans leur milieu de travail respectif. Spécifions encore que nous n'avons pas réalisé nous-mêmes les entrevues avec eux. Par souci éthique, notre directeur et une agente de recherche ont réalisé les entrevues. Quatre personnes atteintes d'un trouble de santé mentale préféraient nous rencontrer dans un restaurant et deux à leur domicile.

3.6 Analyse de données

Selon L'Écuyer (1990), « l'analyse de données est une méthode de classification ou de codification des divers éléments du matériel analysé, permettant à l'utilisateur d'en mieux connaître les caractéristiques et la signification » (p. 10). Son objectif est de déterminer la signification exacte du message étudié. Par conséquent, l'analyse de

données est centrée sur le point de vue de la personne interviewée et non sur celui du chercheur. Pour réaliser cet objectif, nous avons, dans un premier temps, transcrit intégralement les entrevues réalisées avec les travailleurs sociaux et les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave. Ensuite, nous avons découpé, décortiqué et regroupé les contenus de chaque entrevue autour des thèmes rattachés à notre cadre théorique sur la théorie de l'intégration sociale, soit les facteurs de vulnérabilité, de stigmatisation et le processus identitaire, de manière à bâtir notre grille d'analyse. Précisons qu'à cette étape, nous avons veillé à faire la codification de nos concepts le plus objectivement possible, faisant ainsi que deux personnes différentes pouvaient en arriver aux mêmes résultats. Nous avons validé notre grille d'analyse avec un groupe de pairs. Pour terminer, nous avons comparé les résultats de chacun des sous-groupes de l'échantillon pour mettre en évidence les points de convergence et de divergence entre les propos. Ainsi, le cadre méthodologique ayant été présenté, il est maintenant possible de décrire les résultats de cette recherche.

CHAPITRE IV

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Avant de débiter ce chapitre sur les résultats de la collecte de données faite auprès de six personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave et de quatre travailleurs sociaux exerçant dans le secteur de la santé mentale, rappelons-en l'objet. Celle-ci vise à enrichir la réflexion sur les difficultés d'intégration sociale que vivent les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave sur le plan de l'habitat. En fait, nous croyons que notre collecte de données servira de repère pour explorer les paroles des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave et des travailleurs sociaux, tout en demeurant relié à notre questionnement : quelles sont les perceptions des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave et des travailleurs sociaux sur les difficultés d'intégration sociale sur le plan de l'habitat des personnes ayant des troubles mentaux dans la région de Lanaudière Sud ? Nous débiterons ce chapitre en présentant globalement les coordonnées sociodémographiques de nos deux échantillons pour, par la suite, décrire les contenus de nos entrevues faites à la lumière de quatre dimensions, soit la vulnérabilité, la stigmatisation, l'identité et l'habitation comme vecteur de liens sociaux. Nous traiterons nos deux échantillons à la fois et nous utiliserons l'abréviation (PATSM) pour les participants atteints d'un trouble de santé mentale grave et de (PTS) pour les participants travailleurs sociaux.

4.1 Coordonnées sociodémographiques des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave et des travailleurs sociaux

Notre échantillon de personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave (PATSM) est composé de cinq femmes et un homme. L'âge des participants varie de 24 à 47 ans, avec une moyenne de 33,83 ans. Leur scolarité moyenne est au niveau de

la septième année. Trois des participants étaient divorcés, deux étaient célibataires et un vivait en union libre.

Du côté des travailleurs sociaux (PTS), notre échantillon est composé de quatre travailleurs sociaux exerçant dans le secteur de la santé mentale dans la région de Lanaudière Sud. Cet échantillon comprenait trois femmes et un homme, tous membres de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec. Ils ont obtenu leur diplôme universitaire en travail social entre 1980 et 1983. Ils exercent leur métier depuis 27 ans en moyenne. Deux participants travaillent dans la MRC de l'Assomption et les deux autres dans la MRC Des Moulins.

4.1.1 Profil résidentiel des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave

Dans notre échantillon, nous constatons qu'il y a quatre participants qui vivent en logement, un vit en maison de chambre et un autre vit dans un HLM. La durée moyenne d'occupation de leur résidence est de 1,75 an. Deux participants vivent seuls dans leur logement, deux avec des colocataires et deux sont monoparentales et vivent avec leurs enfants. Tous les répondants sont sans emploi et ont un revenu inférieur à 12 000 \$. Quatre participants reçoivent des prestations de la sécurité du revenu, avec contrainte sévère à l'emploi, et deux reçoivent des prestations de rente d'invalidité. Ils paient en moyenne 495 \$ pour leur loyer, qui n'est ni chauffé ni éclairé. Trois participants vivent dans la MRC de l'Assomption et trois dans la MRC Des Moulins.

4.1.2 Caractéristiques cliniques des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave

Au niveau des caractéristiques cliniques de notre échantillon, quatre répondants mentionnent ne pas avoir de problèmes de santé physique, alors que deux disent avoir été atteints d'un cancer, il y a quelques années, mais qu'ils sont en rémission. Les problèmes de santé mentale énoncés par l'ensemble des répondants se retrouvent

dans trois catégories : trouble anxieux, dépression majeure et trouble de la personnalité. La condition psychiatrique des participants a nécessité au moins une hospitalisation depuis l'apparition des premiers symptômes. La durée moyenne de leur séjour à l'hôpital était de six à dix semaines.

Les difficultés liées à l'état de santé des participants leur engendrent des obstacles dans plusieurs domaines de leur vie : au niveau affectif, dans l'expression de leurs goûts et de leurs intérêts, dans les relations sociales et familiales et dans le développement de leur autonomie.

De plus, leur état de santé mentale les limite dans l'organisation et la planification de leurs activités quotidiennes ainsi que dans l'exécution de leurs activités socioprofessionnelles : le travail, les loisirs, les études, le bénévolat. Les participants bénéficient tous d'un suivi psychiatrique dans des cliniques externes de psychiatrie et le traitement est principalement fait de médication et de soutien en réadaptation ou du maintien des capacités résidentielles et personnelles. Ils rencontrent le psychiatre en moyenne au trois mois et la travailleuse sociale aux deux semaines. Tous ont également un suivi de réadaptation avec un éducateur de La Myriade. Ces rencontres ont lieu à toutes les semaines et peuvent parfois aller à deux fois par semaine.

4.2 Facteurs de vulnérabilité comme obstacle à l'intégration sociale

4.2.1 La dimension biopsychosociale comme facteur de vulnérabilité

L'apparition du trouble de santé mentale

Lors des entretiens réalisés avec les PATSM et les PTS, nous nous sommes intéressée au parcours résidentiel des personnes atteintes de troubles mentaux pour comprendre les différents facteurs qui les entraînent dans une position de vulnérabilité, tant au plan personnel que résidentiel. De ces entrevues, nous avons fait

ressortir trois dimensions pour repérer leur vulnérabilité, soit la dimension biopsychosociale, socioéconomique et résidentielle. Débutons par la description des impacts du trouble de santé mentale grave sur le plan biopsychosocial de notre échantillon de PATSM. Deux répondants parlent de leur vie avant de faire une dépression. Ils avaient un ou une conjointe, un emploi rémunérateur, une maison; plusieurs responsabilités et une aisance financière puis l'arrivée de la dépression les a amenés à vivre plusieurs difficultés.

Un répondant dit :

Je ne fonctionnais pas, je ne dormais pas, je passais mes nuits blanches. En plus, j'avais l'impression que mon anxiété augmentait car j'avais encore plus de peur, je n'arrivais plus à rien faire. J'étais de plus en plus limité dans ce que je voulais faire. Je n'avais plus de force et cela atteignait mon moral. Lorsque ma conjointe est partie ce fut pire encore, j'ai eu des idées suicidaires, on m'a hospitalisé, j'ai pris de la médication, j'ai perdu ma maison, mon emploi, cela a été une période très difficile.

Un autre abonde dans le même sens :

Ma sœur me dit de me plaindre de la mauvaise condition de mon logement mais je ne suis pas capable cela me stresse.

Ces propos font ressortir que le trouble de santé mentale affecte la vie de ces personnes, qu'il a un impact sur les relations sociales, la productivité, la capacité des gens à défendre leurs droits et à affronter des obstacles, sur leur désir de vouloir s'en sortir et, par-dessus tout, sur leur qualité de vie. Par conséquent, le trouble de santé mentale engendre un sentiment d'échec et des pertes à plusieurs niveaux. La détérioration des conditions matérielles, physiques et psychologiques reliée au trouble de santé mentale apporte une vulnérabilité chez cette population et des conditions de vie de plus en plus difficiles sur le plan de l'habitation.

Du côté de l'échantillon des PTS, deux participants abordent les causes rattachées à l'apparition du trouble de santé mentale. Un répondant énonce les facteurs biologiques. Il dit :

Avec les années, la médecine s'est beaucoup développée pour expliquer les symptômes de la maladie au plan physique. Cela nous a permis d'améliorer la médication pour amener les gens à se sentir mieux. On comprend dorénavant qu'il y a une explication biologique à la maladie mentale.

De son côté, un autre soulève les facteurs environnementaux :

Il y a aussi toute la pression qu'on met sur les gens dans la société. Certaines personnes vivent des traumatismes qui ont un impact sur leur santé mentale. Les causes de la maladie ne sont donc pas seulement biologiques mais relèvent aussi de facteurs systémiques.

Ainsi, les PTS soulèvent l'importance que le trouble de santé mentale ne soit pas perçu comme un signe de faiblesse ou de paresse. Ils précisent qu'il y a des facteurs biologiques et environnementaux qui peuvent amener une personne en position de vulnérabilité sur le plan personnel.

Par ailleurs, l'idée d'illustrer la vulnérabilité de cette population à partir des impacts du trouble de santé mentale sur le plan biopsychosocial est très présente dans le contenu des entrevues, tout en étant abordée différemment selon les personnes. Un PTS aborde les symptômes de la maladie mentale pour expliquer l'isolement que vivent ces personnes :

Les schizophrènes sont des gens qui demeurent le plus souvent à l'intérieur, ce sont des personnes qui ne sont pas à l'aise avec les autres. Par conséquent, ils sont très isolés et ils ont besoin d'un soutien pour exercer leurs rôles sociaux.

De plus, les PTS rapportent que le trouble de santé mentale a un impact sur les capacités de cette population à exercer leurs rôles sociaux et leurs habiletés relationnelles.

En résumé, selon nos deux échantillons, le trouble de santé mentale a un impact sur le fonctionnement biopsychosocial de la personne et il représente un obstacle à surmonter dans son processus de réinsertion sociale sur le plan de l'habitation. Ce qui

fait que les personnes atteintes sont en position de vulnérabilité sur le plan personnel et résidentiel.

4.2.2 La dimension socioéconomique comme facteur de vulnérabilité

Le statut social et le faible revenu

Les propos font ressortir les conséquences de la dimension socioéconomique comme facteur de vulnérabilité sur le plan personnel et résidentiel. Les PATSM considèrent le statut social comme étant un élément amenant les personnes atteintes de troubles mentaux à vivre de l'instabilité. En ce sens, le fait d'être divorcé, mère monoparentale ou célibataire sont des éléments mentionnés en premier par les répondants pour expliquer la vulnérabilité vécue sur le plan de l'habitation. Ils rapportent que leur statut social engendre une précarité financière et leur faible revenu a un impact sur leur choix d'habitation, leur mode de vie et leur accessibilité à des ressources pour répondre à leurs besoins essentiels.

Un répondant souligne :

Suite à ma rupture, je n'avais pas assez d'argent pour aller en logement donc j'ai été obligé de mettre en entreposage tous les meubles que j'avais, j'ai été obligé ensuite de les vendre parce que je ne pouvais plus payer l'entreposage. J'ai été obligé de tout vendre c'est une période que je n'ai pas trouvée facile du tout.

Les répondants affirment avoir des problèmes d'hébergement reliés à leur statut social et à leur situation financière précaire.

Du côté des PTS, ceux-ci dénoncent également la précarité financière des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave comme étant un élément qui vient renforcer leur vulnérabilité sur le plan personnel et résidentiel.

Un répondant dit :

La plupart des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale reçoivent des prestations de la sécurité du revenu alors, ces personnes réalisent très vite que leur revenu ne suffit pas pour avoir une vie décente. Ils ne peuvent pas s'habiller, ils ne peuvent pas faire de sorties, ils peuvent à peine couvrir les frais rattachés à leur logis. Donc, ce n'est pas facile du tout pour ces gens d'intégrer une vie en appartement.

Ainsi, de part et d'autre, le faible revenu est un élément qui est ressorti lors des entrevues, car il a un impact négatif sur la qualité de vie de ces personnes au niveau personnel et résidentiel, ce qui leur nuit dans leur processus d'intégration sociale.

Le coût élevé et la rareté des logements de qualité

Ajoutons le coût élevé des logements dans la région de Lanaudière Sud. Les PATSM mentionnent que le coût des logements et la difficulté qu'ils ont à s'en trouver un de qualité et adapté à leurs besoins sont des facteurs qui limitent leur choix et qui augmentent leur vulnérabilité sur le plan personnel et résidentiel. Ces personnes disent devoir déboursier entre 450 \$ et 600 \$ pour un logis qui n'est ni chauffé, ni éclairé. En plus des coûts élevés, la qualité des logements n'est pas toujours adéquate. En appui, un répondant raconte qu'il a un problème de moisissure dans son logement, alors qu'un autre déclare que les portes et les fenêtres de son logement sont finies et qu'il doit payer plus de chauffage l'hiver pour ne pas geler. Les PTS abondent dans le même sens. Ils disent que le coût des logements pour un trois et demi se situe entre 650 \$ et 700 \$ et ils ne sont pas toujours chauffés et éclairés.

Le problème d'accessibilité au transport en commun

Les répondants parlent des problèmes vécus par cette population au niveau du transport. Plus précisément, les PATSM parlent d'un problème d'accès au transport

en commun dans certains secteurs de la région de Lanaudière Sud, le territoire de la MRC de l'Assomption. Selon les participants, le service est rare. Un répondant dit qu'il y a seulement deux autobus par jour : le matin et le soir. Dans la MRC Les Moulins, ce problème ne ressort pas. L'accès aux autobus semble plus facile et l'horaire mieux adapté aux besoins de la population.

Ainsi, la majorité de ces répondants dispose d'un moyen de transport et l'utilise dans la MRC Des Moulins, ce qui semble moins accessible aux gens qui résident dans certains secteurs de la MRC de l'Assomption.

Du côté des PTS, plusieurs mentionnent l'utilité d'avoir des services comme le transport bénévole pour que leur clientèle ait accès à leurs rendez-vous médicaux. Un répondant dit :

Le service de transport bénévole est aidant pour notre clientèle mais le coût d'utilisation de ce service est malheureusement encore trop élevé pour le revenu des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave.

Les répondants font ressortir l'utilité d'avoir accès à un service de transport bénévole pour les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave. Par ailleurs, ils précisent que leur clientèle doit encore refuser des services auxquels elle pourrait bénéficier, dû au coût élevé des moyens de transport.

En résumé, les deux sous-groupes soulèvent comme obstacle à l'intégration sociale des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave au plan socio-économique : le statut social, le faible revenu, le coût élevé des logis, la rareté des logis en bonne condition et le problème d'accessibilité à des moyens de transport, principalement dans certains secteurs de la MRC de l'Assomption.

4.2.3 La dimension résidentielle comme facteur de vulnérabilité

Les ressources d'hébergement communautaires et publiques pour diminuer les risques associés aux facteurs de vulnérabilité

Après avoir décrit la perception des PATSM et des PTS sur la dimension biopsychosociale et socioéconomique, nous allons passer à la dimension résidentielle pour illustrer la vulnérabilité de cette population. Afin de surmonter les difficultés vécues par les personnes atteintes de troubles mentaux sur le plan résidentiel et personnel, cette population a accès à différents services d'hébergement. Les PTS précisent qu'il est important de considérer que les besoins des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave en matière d'habitation sont diversifiés. Ils spécifient qu'il est essentiel d'évaluer individuellement leurs besoins pour pouvoir les référer dans un milieu de vie adapté à leurs besoins et à leurs préférences.

Par conséquent, il est nécessaire d'avoir un éventail de ressources à offrir à cette population. Ils précisent également qu'il faut considérer que les besoins de ces personnes changent dans le temps et que les ressources d'hébergement et les services qu'on leur offre au niveau résidentiel doivent s'adapter à la personne.

À ce sujet, un répondant déclare :

Le patient psychiatrique évolue, à un certain moment les résidences d'accueil peuvent être extraordinaires mais progressivement ils peuvent avoir des besoins différents dans leur cheminement vers l'autonomie. Ce qui est intéressant, c'est d'avoir des grades au niveau de l'intensité des services et des ressources à leur offrir.

Cet autre parle de l'importance de tenir compte des besoins de la personne :

Avec mes patients, je dois regarder d'abord ce qu'ils veulent, qu'est-ce qu'ils entendent faire et qu'est-ce qu'ils sont capables de faire aussi. Et puis, on fait avec eux des recherches pour leur trouver un logement ou une ressource d'hébergement qui correspond à leurs besoins actuels.

Ainsi, les répondants font ressortir l'importance d'avoir un parc de ressources d'hébergement diversifié adapté aux besoins évolutifs de la personne.

En ce sens, les PTS parlent des ressources d'hébergement de type familial comme orientation résidentielle. Ils expliquent que pendant plusieurs années, il n'y avait que ce type de ressources pour répondre aux besoins résidentiels des personnes atteintes de troubles mentaux. Ces moyens offraient la stabilité, la sécurité et l'encadrement nécessaires au développement de ces personnes.

Un répondant dit :

Les intervenants ont été rassurés de référer les personnes atteintes de troubles mentaux dans les ressources de type familial car s'il y avait un problème, la ressource était présente. Nous voulions le bien de ces personnes et comme il n'y avait pas d'autres ressources c'était l'idéal, maintenant c'est différent.

Ainsi, malgré les avantages qui sont ressortis dans l'utilisation des ressources de type familial, les répondants précisent qu'il y a aussi des inconvénients qui y sont rattachés.

Les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale doivent, entre autres, partager leur espace avec des gens qu'ils ne connaissent pas. Aussi, les PTS parlent d'un manque de liberté et d'intimité. Un répondant dit :

En ressource de type familial la colocation n'est pas facile parce que les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale doivent partager un espace avec des gens qui n'ont pas nécessairement la même personnalité qu'eux.

Un autre déclare :

En ressource de type familial, tu n'es pas libre, tu vis avec d'autres personnes, il y a des règles, les défauts de un peuvent te déranger car tu ne choisis pas le monde avec qui tu vis donc évidemment il va y avoir des frictions. Par contre, l'avantage est que toutes les activités de la vie domestique sont assurées par le responsable de la ressource.

Malgré les avantages reconnus des ressources de type familial, les PTS ont soulevé quelques critiques les amenant à vouloir diriger certaines personnes vers d'autres types de ressources. Les répondants parlent des ressources d'hébergement d'urgence qui offrent un hébergement temporaire aux gens qui ont un trouble de santé mentale et qui n'ont plus de milieu de vie stable. À cet effet, un répondant rapporte :

Hébergement d'urgence Lanaudière est une ressource qui accompagne les gens dans leurs démarches pour se trouver un logement. C'est une bonne ressource et je les trouve très ouvert d'ailleurs car ils acceptent une clientèle très diversifiée.

Les PTS parlent également d'Habitat Jeunesse, une ressource communautaire offrant l'hébergement pour les jeunes âgés entre 18 et 30 ans.

Un répondant dit :

Habitat Jeunesse c'est une ressource qui offre de l'encadrement, il y a la présence d'un intervenant 24 heures sur 24. Les jeunes apprennent à faire leur propre nourriture, leur épicerie, leur lavage. L'objectif est d'apprendre aux jeunes à développer leur autonomie résidentielle dans le but d'aller vivre en appartement par la suite.

Le Vaisseau d'or est une autre ressource évoquée par les travailleurs sociaux qui offre le même genre d'encadrement.

Du côté des PATSM, ils parlent des ressources d'hébergement temporaire, telles que les ressources d'hébergement de type intermédiaire et les centres de crise.

Par rapport à ces services, les répondants disent apprécier avoir accès à ce type de ressources mais, qu'en général, ils ne vivraient pas dans ce type d'habitation pour une longue durée. Le niveau d'encadrement et le fait de partager un espace avec plusieurs personnes inconnues font en sorte qu'ils ne se sentent pas chez-eux. Ils n'ont pas assez d'intimité. D'ailleurs, deux répondants nous ont brièvement parlé de leur perception sur le fonctionnement des ressources intermédiaires et des centres de crise :

À la ressource intermédiaire c'était bien mais cela n'a pas fonctionné car c'était visiblement trop strict. Il n'y avait pas assez de liberté.

En appui, un autre déclare :

Au centre de crise, il y a des règlements et tu sais que tu ne resteras pas longtemps, il y a un léger laisser-aller. De toute façon, je n'en pouvais plus il y avait tellement de bruit.

En résumé, l'ensemble des répondants, tant du côté des PTS que des PATSM, disent apprécier les ressources d'hébergement communautaires et publiques, car elles aident la personne atteinte d'un trouble de santé mentale à acquérir des habiletés au niveau résidentiel. Par contre, le manque d'intimité, de liberté et le fait que ces ressources sont utilisées à titre de transition sont des critiques qui ont été soulevées par les répondants.

Les logements sociaux et les habitations à loyer modique (HLM)

Pour pallier à ces obstacles, les PATSM rapportent avoir fait des démarches pour obtenir un logement social ou un HLM. Ce type d'habitation est très rare dans les deux MRC de Lanaudière Sud et les listes d'attente pour avoir accès à ces ressources sont très longues. Un répondant dit :

Mon nom pour obtenir un logement social était sur la liste d'attente depuis quatre ans. Il y avait 160 demandes pour obtenir un logement social et il y en avait seulement 10 de disponibles.

Ainsi, les répondants mentionnent vouloir avoir accès à des logements sociaux et à des habitations à loyer modique pour augmenter leur qualité de vie, mais ils précisent que ce type de ressources n'est pas disponible dans leur région.

Les PTS appuient les propos des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale à ce sujet.

Ils mentionnent que les logements sociaux et les HLM sont très rares dans la région de Lanaudière Sud et difficiles d'accès, car les listes d'attente sont très

longues. En plus, ils précisent qu'il n'y a pas assez de roulement dans ce type de ressources, ce qui élimine les chances pour plusieurs d'en obtenir un.

La colocation

Par ailleurs, comme il n'y a pas de logements sociaux disponibles, les PATSM mentionnent qu'ils ont dû, pour la plupart, partager leur logement avec un colocataire ou un membre de leur famille pour pouvoir subvenir à leurs besoins financièrement. Pour la majorité, l'expérience a été difficile. En ce sens, un répondant dit :

cela était difficile car je n'avais plus mon intimité. » Un autre déclare :
« Avec ma colocataire, je n'avais pas de chambre, je dormais dans le salon puis un moment donné sur le divan, je n'avais pas de place à moi.

Ainsi, les répondants font part des difficultés qu'ils ont vécues dans le fait de partager leur logement.

Quant aux PTS, ils abondent dans le même sens. Ils mentionnent que la colocation n'est pas une solution idéale pour cette clientèle :

La colocation n'est pas une solution idéale car elle est souvent temporaire dû au fait qu'il est difficile de partager un logement avec une autre personne. Les gens préfèrent en général vivre seul.

De ces propos, ressort l'importance pour les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave d'avoir un milieu de vie de qualité, où l'espace propice à vivre une intimité et une liberté d'agir semble prioritaire pour se sentir chez-soi.

En résumé, sur le plan de la dimension résidentielle, tous les répondants parlent de la nécessité d'avoir une variété de ressources d'hébergement pour diminuer les risques associés aux facteurs de vulnérabilité énoncés précédemment. Ils parlent des ressources d'hébergement temporaire, telles que les ressources intermédiaires et les centres de crise, les logements sociaux et les habitations à loyer modique et la

colocation comme alternative pour surmonter les difficultés que cette population vit sur le plan de l'habitat.

Ceci indique que diverses avenues, en termes de services d'hébergement, sont utiles et à prévoir dans l'organisation du parc de ressources pour les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave dans le but de favoriser leur insertion sociale par le logement.

Les services d'aide au niveau communautaire et public

Outre l'utilisation des services d'hébergement pour répondre aux besoins des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave en matière d'habitation, les PATSM nous entretiennent sur les services d'aide qu'ils utilisent pour surmonter les difficultés vécues au niveau résidentiel et personnel. Ils parlent des services d'aide offerts par les ressources communautaires, tels que la coopérative d'aide domestique.

Un répondant mentionne :

La coopérative est venue chez moi à la semaine pendant plusieurs années, ils m'ont aidé à faire de la nourriture, du ménage et parfois c'était juste du placotage.

Les PTS abondent dans le même sens. Un répondant dit :

Les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale ont l'opportunité de pouvoir utiliser les services communautaires tel que la coopérative d'aide domestique et les comptoirs d'aide alimentaire pour les aider à améliorer leur qualité de vie au niveau résidentiel et à diminuer la précarité qu'elles vivent au plan de l'habitat.

Ainsi, l'ensemble des répondants des PATSM et des PTS fait ressortir l'importance pour les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave d'avoir accès à l'aide offerte par les ressources communautaires pour diminuer la précarité vécue au niveau résidentiel.

Pour les répondants, l'utilisation des ressources d'aide au niveau public permet de briser l'isolement de cette population et d'avoir du soutien dans l'exécution des

activités de la vie quotidienne et domestique comme avec les services de La Myriade (Parcours).

Un PATSM dit :

Le parcours c'était pour l'intégration sociale, c'était au niveau du budget, de faire de la place dans la maison, pour ranger les choses, parler de mes difficultés dans mon logement ou avec mes enfants. L'éducatrice m'accompagnait pour faire l'épicerie, elle m'aidait sur plusieurs choses.

Les répondants de cet échantillon parlent également des services offerts par les ressources publiques, tels que les cliniques externes de psychiatrie et le CLSC. En ce sens, un répondant dit :

Avec la travailleuse sociale et le psychiatre on parle toujours au moins 30 minutes. On parle des vraies affaires c'est quoi nos difficultés, etc.

De ces entretiens, la médication a été mentionnée par les PATSM comme étant une stratégie pour surmonter les impacts de la maladie sur leur fonctionnement personnel et résidentiel. De plus, ces répondants précisent que la famille est une ressource importante à laquelle ils ont eu recours lors de moments difficiles. La majorité de ces répondants ont reçu l'aide de leur famille et ont même, pour la plupart, habité temporairement avec eux lorsqu'ils n'allaient pas bien. Un répondant dit :

En arrivant à l'Assomption, il y a quatre ans, c'est ma tante qui a trouvé mon logement, elle pouvait m'assister dans certaines affaires.

Ainsi, la famille est un élément central mentionné par les répondants dans leur processus de rétablissement, car elle est en mesure de répondre à leurs besoins et de leur offrir du soutien.

Du côté des PTS, les répondants parlent également du soutien offert par La Myriade (Parcours), l'équipe du suivi intensif dans la communauté (SIME) et les services offerts en clinique externe de psychiatrie pour maintenir les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave dans leur milieu de vie. Les répondants

disent que ces services offrent du soutien aux personnes atteintes d'un trouble de santé mentale au niveau résidentiel et personnel. Ces équipes accompagnent ces personnes dans l'exécution de leurs activités quotidiennes et domestiques. Ce sont des personnes significatives pour leur clientèle et ils ont prouvé leur efficacité. En effet, depuis qu'ils ont été mis en place, le nombre d'hospitalisation pour cette clientèle a drastiquement diminué.

En résumé, pour les répondants, l'accompagnement offert par les services d'aide communautaire et public ainsi que par la famille leur permet de développer leur autonomie résidentielle et les amène vers une stabilité résidentielle qu'elles ne pourraient pas avoir sans l'utilisation de ces services. Aussi, ils mentionnent l'importance d'avoir un parc de ressources d'hébergement diversifié et adapté aux besoins évolutifs de ces personnes.

4.3 Stigmatisation comme obstacle à l'intégration sociale

4.3.1 La stigmatisation en lien avec la maladie mentale

En plus des facteurs de vulnérabilité abordés par les PATSM et les PTS, nous avons voulu connaître leur perception en lien avec le processus de stigmatisation vécu par les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave sur le plan de l'habitation. Les répondants se sont exprimés sur les obstacles auxquels est confrontée cette population : incompréhension de l'entourage, non-acceptation, étiquetage. Pour eux, les préjugés et le fait de porter une étiquette sont des éléments qui ajoutent beaucoup de poids aux difficultés que cette population vit au niveau de l'habitat. Les répondants se sont exprimés avec éloquence sur ces aspects. Un répondant déclare :

Ce que je trouve le plus dur à vivre avec la maladie mentale c'est que tu n'es pas entendu, tu n'as pas de pouvoir, tu n'es pas crédible. Quand on a une maladie mentale, on ne veut pas s'afficher, c'est une défaillance.

Un autre dit :

Parce qu'on est pauvre et qu'on a des problèmes de santé mentale, tu passes pour quelqu'un de pas important. Tu manifestes pleins de comportement qui pour eux ne sont pas normaux. Ils veulent se distancer car ils se sentent mal à l'aise. La distance des gens est dure à affronter.

Ainsi, nous constatons qu'il existe encore des résistances et des malaises dans la population en lien avec la maladie mentale et les patients psychiatriques vivent constamment des situations de rejet à plusieurs niveaux. C'est ce qui nous amène à vouloir explorer les relations que cette population a avec les propriétaires en général.

4.3.2 La stigmatisation en lien avec les propriétaires

Au niveau des relations avec les propriétaires, les PATSM nous disent qu'elles ne sont pas toujours faciles. Ils ne se sentent pas crédibles auprès de ceux-ci lorsqu'ils font des demandes ou qu'ils les rencontrent pour obtenir un logement. Un répondant nous rapporte que:

On ne se sent pas crédible auprès des propriétaires lorsqu'on fait des demandes ou lorsqu'on les rencontre pour obtenir un logement.

Un autre déclare :

Les propriétaires nous prennent en second plan comme quelqu'un de pas important. Ils peuvent nous manipuler et nous influencer. On se sent moins respecté car on est plus fragile.

De plus, ils nous informent qu'ils n'auraient jamais eu accès à leur logement s'ils n'avaient pas eu l'aide d'une tierce personne lors de leur première rencontre avec leur propriétaire. Un sentiment d'exclusion partagé par l'ensemble des répondants dans la relation qu'ils ont avec les propriétaires.

Les répondants nous parlent aussi des difficultés qu'ils vivent avec les propriétaires. Le fait est que, rattachés au trouble de santé mentale, les gens vivent souvent des problématiques connexes, telles que la consommation et la présence de

comportements violents. Il est certain que ces manières d'agir ne les aident pas à augmenter leur crédibilité et à diminuer la discrimination vécue en matière d'accès au logis, tel que le rapporte un répondant des PTS :

Je pense que les propriétaires ont peur des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale car ils craignent que la maladie engendre des comportements agressifs chez cette population. Par conséquent, les propriétaires sont réticents à leur louer un loyer.

Ainsi, les préjugés nommés par les répondants concernant les craintes des propriétaires ne touchent pas seulement la maladie mentale, mais aussi les problématiques qui y sont souvent associées. La peur de ne pas se faire payer leur loyer et le fait qu'historiquement les troubles mentaux ont été associés à des manifestations de dangerosité sont des obstacles que cette population doit encore surmonter aujourd'hui. Par ailleurs, l'image de dangerosité véhiculée dans les médias de masse renforce aussi les craintes de la population et principalement des voisins de personnes atteintes de troubles mentaux. C'est ce qui nous amène à explorer la relation de cette population avec les voisins.

4.3.3 La stigmatisation en lien avec les voisins

Au niveau de la relation avec les voisins, les PATSM nous disent que ceux-ci réagissent souvent à leur présence lorsqu'ils sont au courant qu'ils ont une maladie mentale. Ils ont observé que les voisins étaient moins tolérants à leur égard et avaient tendance à les juger rapidement sur leur mode de vie.

Un répondant nous dit :

J'ai eu beaucoup de blessures parce que les voisins venaient chialer parce qu'on faisait trop de bruit ou parce que cela n'avait pas d'allure que je laisse mes affaires dehors.

Donc, la réaction des voisins les amène à ressentir un sentiment d'insécurité et d'inconfort dans leur logis, ce qui nuit à leur sentiment d'appartenance dans leur milieu de vie. Dans la prochaine partie, nous explorerons le sentiment d'exclusion et

d'incompréhension que cette population ressent, non seulement dans la relation avec les propriétaires, les voisins et la population en général, mais aussi dans celle qu'ils ont avec leur famille et leurs intervenants.

4.3.4 La stigmatisation en lien avec la famille et les intervenants

Les PATSM nous disent ressentir un sentiment d'infériorité dans la relation qu'ils ont avec leur famille et leurs intervenants, principalement lorsque ceux-ci veulent les surprotéger en prenant des décisions pour eux ou en ne respectant pas leur choix de vie et leurs décisions.

Une répondante dit :

J'ai toujours su que ce qu'ils ont fait c'était pour mon bien, dans le meilleur de leur connaissance, j'appréciais leur aide, mais ils m'enlevaient mes responsabilités et j'avais des priorités qui n'étaient pas les leur, petit à petit je les ai récupérées, mais j'étais devenu la pas fine.

Un répondant nous mentionne également qu'il déplore le fait que certains intervenants et certains membres de sa famille veulent lui enlever ses responsabilités et qu'il juge leur attitude infantilisante à son égard :

Je n'aime pas quand un intervenant ou un membre de ma famille veut faire les choses à ma place ou qu'il me dit quoi faire. J'ai l'impression qu'ils nous prennent pour des imbéciles. On n'est pas des enfants.

De plus, les PATSM apprécient, dans l'ensemble, l'aide offerte par leur famille et les intervenants, mais ceux-ci doivent respecter leur rythme, leur opinion et considérer qu'ils ont la capacité d'exercer leurs responsabilités, même si leur façon de faire peut être divergente.

Du côté des PTS, ceux-ci nous rapportent être conscients qu'ils ont eu tendance, par le passé, à voir les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave comme des êtres fragiles en besoin de protection. Par conséquent, ils ont eu tendance à vouloir prendre des décisions à leur place et à ne pas respecter leurs choix.

Un de ces répondants nous dit :

Cela m'est arrivé de prendre des décisions pour un patient car je ne voulais pas qu'il vive un nouvel échec. Les familles de mes patients ont aussi tendance à vouloir protéger leur proche car ils ont peur qu'il décompense ou qu'il vive dans des conditions très insalubre et que cela met en péril leur santé mentale. Peut-être avons-nous favorisé trop la protection sociale au détriment de l'épanouissement de soi.

Les PTS sont conscients qu'il y a eu une période où l'intervention reposait plus sur la protection sociale que sur les désirs de la personne. Les intervenants nous ramènent à la notion de rétablissement, où la personne est davantage considérée comme responsable de son bien-être et qu'elle a un pouvoir d'agir pour répondre à ses besoins. Désormais leur philosophie d'intervention tend à changer pour laisser plus de place aux patients dans leur processus de rétablissement.

En résumé, les PATSM nous font part de leur désir d'être considérés comme des citoyens actifs par l'ensemble de la société, plus spécifiquement dans la relation qu'ils ont avec les propriétaires, les voisins, la famille et les intervenants. Le sentiment d'exclusion, de rejet, d'incompréhension face à la maladie mentale et aux conditions objectives de vie des personnes atteintes de troubles mentaux ainsi que l'image de dangerosité de la maladie mentale projetée par les médias sont des obstacles qui ont été soulevés par les PTS et les PATSM. Nous constatons qu'il existe une réelle tension entre une volonté hautement exprimée d'inclusion dans la société par le ministère et les résistances de la population à l'égard des personnes atteintes de troubles mentaux. Le champ de l'habitation n'y fait pas abstraction et il est important d'agir sur cette problématique si nous voulons faciliter l'insertion sociale de cette population dans notre société.

4.4 Failles de l'identité comme obstacle à l'intégration sociale

4.4.1 L'impact de la maladie mentale sur l'identité

Les répondants déplorent l'image et l'étiquette que la société attribue aux personnes qui vivent avec un problème de santé mentale. Ils expriment les répercussions graves que cela entraîne sur leur identité personnelle. Lorsque nous avons abordé la question des obstacles liés au fait de vivre avec un trouble de santé mentale, un PATSM nous a parlé de l'effet négatif des perceptions des gens par rapport à la maladie mentale et à la pauvreté sous-jacente au problème d'estime de soi :

Comme on est des assistés sociaux, qu'on ne travaille pas, qu'on a un problème de santé mentale, on est une miette de pain donc c'est correct si l'on vit dans des endroits insalubres comme des déchets de la société. On aurait le droit d'avoir du beau cela n'enlève rien à notre valeur.

Un autre décrit ce qu'il a ressenti lorsqu'il a appris qu'il avait un trouble de santé mentale :

Lorsque j'ai su que j'avais un problème de santé mentale, je me suis isolé parce que j'avais l'impression que c'était écrit dans mon front. Ce n'est pas évident de vivre avec ce problème.

Un répondant mentionne, de son côté, l'importance de percevoir différemment la maladie :

Je pense qu'il faut tout faire pour dédramatiser la maladie, il faut la rendre socialement acceptable.

Ainsi, le sentiment de dévalorisation associé à la maladie mentale et d'avoir perdu sa valeur à l'annonce du diagnostic ressortent de ces propos.

Ces répondants dénoncent, en effet, que trop souvent ils se sentent comme s'ils étaient une maladie et non plus comme des personnes à part entière. Un répondant dit :

Quand tu as une maladie tu te sens marginal et seul. Il faut faire attention à ce que l'on dit car on paraît pour des fous si on est trop émotif.

Par conséquent, la stigmatisation associée aux troubles mentaux s'avère un obstacle très difficile à surmonter sur le plan identitaire. Les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale doivent se rétablir, non seulement de la maladie mentale, mais aussi des effets de l'étiquette du malade mental. Ainsi, le fait d'être considéré comme une personne malade entraîne une image de soi peu valorisante et ne facilite pas leur intégration dans la société.

Le rapport avec la famille et les intervenants sur l'identité

Les PATSM parlent ensuite du sentiment d'infériorité ressenti, principalement lorsque les membres de leur famille et les intervenants ne les considèrent pas comme des personnes qui ont la capacité d'exercer leurs rôles sociaux tel que vu dans la section sur la stigmatisation.

Une répondante dit :

Je les comprends de vouloir m'aider mais il faut qu'ils s'attendent que je suis une femme de 45 ans, j'ai mon vécu et j'ai mes enfants à moi mais eux autres m'aider c'était me nuire. Je me sentais comme un enfant d'école et cela venait me débalancer dans mon rôle de mère, de femme, de fille et sur ma confiance.

Par la suite, les répondants ont partagé sur les expériences qui les ont amenés à se définir plus positivement et qui ont engendré des changements dans la perception qu'ils avaient d'eux-mêmes. Un répondant nous explique qu'il a dû mettre ses limites et s'affirmer davantage auprès de son réseau familial pour se sentir bien. Il nous dit ne plus vouloir correspondre aux attentes de sa famille si cela va à l'encontre de ses propres désirs :

Je suis une personne marginale pour eux autres, je me suis rendue compte que moi c'était la famille, il fallait que je me fasse aimer, il ne

fallait pas que je les déçois. Cela a été très difficile de m'affirmer, beaucoup de culpabilité mais je n'en pouvais plus.

Les PATSM et les PTS vont dans le même sens en ce qui concerne les services d'aide. Ils mentionnent l'importance que les intervenants ne prennent pas des décisions pour eux. Une PATSM dit à ce sujet :

Quand un intervenant arrive et il veut me dire comment faire, je crois qu'il me prend pour une nounoune, une imbécile.

En appui, un PTS mentionne :

Je souhaite favoriser leur autonomie le plus possible, je veux offrir à la personne ce qu'elle veut ce que l'on n'a pas toujours fait car on pensait qu'on savait mieux ce qui était bon pour la personne. Maintenant, je leur demande leurs buts, leurs projets pour maximiser leur potentiel et pour développer leurs capacités.

De ces propos, nous retenons, du côté des PATSM, l'importance de pouvoir s'affirmer et de se sentir respectés dans les choix qu'ils font pour favoriser leur épanouissement personnel.

Quant aux PTS, ils font ressortir l'importance de considérer les besoins des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave pour qu'ils se sentent intégrés dans la société et que, par conséquent, ils aient une image plus positive d'eux. L'importance de considérer la personne atteinte d'un trouble de santé mentale grave comme personne à part entière, qui a des goûts et des capacités, est un facteur important pour le développement de l'autonomie de la personne et pour favoriser une image positive de soi.

Le rapport avec les activités socioprofessionnelles sur l'identité

Les PTS et les PATSM parlent aussi de l'importance d'avoir des projets ou des activités pour favoriser l'épanouissement personnel des personnes atteintes de troubles mentaux, même si cela exige des efforts. Un PATSM nous dit avoir recommencé à faire de la peinture, à écouter des films, ce qu'il ne faisait plus. Un

autre nous parle de l'importance d'avoir fait du bénévolat dans un organisme à but non lucratif pour aider les démunis. Ce bénévolat lui a permis de réaliser toutes les capacités qu'il avait et aussi toutes les qualités humaines qu'il possédait. Il parle avec fierté de son bénévolat :

J'ai eu des capacités splendides, j'étais un des meilleurs. Il n'avait pas à passer en arrière de moi c'était impeccable. Je faisais les tâches. On n'avait pas à me dire quoi que ce soit, j'étais à mon affaire.

D'autres répondants ont suivi des cours ou participé à des activités préparées par des organismes communautaires. Le fait d'être à nouveau actif les aide à reprendre confiance en eux et en leurs capacités. Un répondant parle de son emploi :

J'ai travaillé par le passé dans les portes et les fenêtres et je posais des thermos.

Une autre nous parle de sa formation dans la définition de son identité :

J'ai fait un cours en esthétique secondaire 6, je suis esthéticienne.

Les PTS appuient ces propos. Ils précisent que le travail, le bénévolat et les loisirs sont des éléments clés pour favoriser la réadaptation et un développement identitaire positif chez cette population. Un répondant mentionne :

J'ai remarqué que souvent l'intégration dans une activité socioprofessionnelle est difficile pour notre clientèle au départ mais qu'une fois qu'ils ont intégré les activités, cela va bien et ils aiment cela. Ils sont fiers de nous en parler et ils se sentent utiles.

Ainsi, l'intégration des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale dans des activités socioprofessionnelles a un effet normalisant chez la personne, ce qui, par conséquent, améliore leur estime de soi et favorise leur insertion dans la société.

Par ailleurs, les répondants précisent que les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale ont des difficultés d'adaptation lors de leur intégration, à cause de la maladie et du fait qu'ils ont peur du changement, ce qui entraîne de l'anxiété.

À ce sujet, un répondant mentionne :

Ce sont des gens très ritualisés, ils se lèvent souvent à la même heure, ils se couchent à la même heure, ils prennent leur déjeuner et exercent leur routine quotidienne. Cette routine leur amène une stabilité qui est rassurante pour eux donc lorsqu'il y a un changement dans leur routine cela peut être une source d'angoisse.

Un autre dit :

Avant les gens en santé mentale se berçaient du matin au soir, fumait beaucoup, beaucoup cela a changé. Ils participent plus aux activités de la vie domestique dans leur milieu de vie, ils prennent plus d'initiative, ils vont à l'extérieur.

Ainsi, les propos des PTS font ressortir l'importance pour les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave d'avoir une routine pour favoriser leur fonctionnement social et qu'il peut être enrichissant pour eux d'avoir des activités à l'extérieur de leur résidence pour augmenter leur estime de soi et leur sentiment d'appartenance à la société dans un projet de réadaptation. Nous constatons aussi que l'intégration des dimensions socioprofessionnelles est un élément important à considérer dans le développement de l'identité de ces personnes. Ils se définissent en grande partie par les rôles qu'ils exécutent à ce niveau.

Le rapport à l'habitation sur l'identité

Par ailleurs, de ces propos, ressort également l'importance de l'habitat dans le développement du processus identitaire de la personne. En effet, les PATSM parlent de leur fierté d'avoir un bail à leur nom et de gérer leurs factures. Cela les implique dans leur rôle de citoyen et leur procure une certaine valorisation malgré le stress que cela peut engendrer. Un répondant dit :

Avoir un bail à son nom, des factures à son nom, avoir un espace à soi où on se sent bien c'est important pour se rétablir sinon on s'enfonce.

Ainsi, nous constatons que l'habitation peut avoir un impact positif sur l'identité de la personne. Les expériences positives qu'elles vivent sur le plan de l'habitat les

amènent à se sentir davantage intégrées dans la société et à être actives dans l'exécution de leurs rôles sociaux.

Les PTS parlent également de l'importance de l'habitat sur le processus identitaire de la personne. Ils rapportent qu'il est essentiel de considérer les aspirations et les préférences de la personne pour favoriser l'épanouissement personnel. Souvent, les répondants ont constaté que les expériences négatives vécues par les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale ont un impact sur l'image qu'elles ont d'elles-mêmes. Ces expériences négatives les amènent à remettre en question leur choix et à devenir plus passives dans les décisions futures qu'elles ont à prendre.

En ce sens, un répondant dit :

Pour certaines personnes, le fait d'avoir vécu des difficultés lorsqu'ils étaient en logement les amène à croire qu'elles ne sont pas capables alors que ce n'est pas vrai. Elles n'ont peut-être pas eu assez de service ou de soutien ce qui peut expliquer leur échec. Ce n'est pas parce qu'elles ont vécu un échec qu'elles ne seront jamais capables d'être en logement.

De plus, un PTS précise que quant au processus identitaire, le rapport à l'habitation n'est pas différent chez cette clientèle de celui de la population en général. En effet, ces personnes éprouvent les mêmes besoins et les mêmes préférences que la population en général en matière d'habitation.

Ce répondant précise :

Je pense qu'il faut la base pour tout individu, un endroit où tu peux avoir des services à proximité, qui est de qualité, propre et qui répond aux besoins physiques. Ces éléments font partis des besoins essentiels et ils doivent être comblés pour favoriser le développement de la personne.

Les répondants mentionnent que le rapport à l'habitation est un facteur important à considérer dans le développement du processus identitaire de la personne. De plus,

l'importance du réseau familial sur l'identité des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave a été soulevée par les travailleurs sociaux. Les PTS mentionnent qu'il est important pour ces personnes d'avoir une écoute, un soutien dans leur entourage immédiat. Malheureusement, ils observent que ces personnes sont souvent isolées. La famille est épuisée et n'est plus en mesure de leur offrir du soutien. Un répondant dit :

Je pense qu'il faut rencontrer davantage les familles de nos clients pour leur offrir du support et ainsi favoriser les contacts des membres de la famille entre eux. C'est important pour la personne de se sentir aimé par sa famille.

Les intervenants reconnaissent l'importance des liens familiaux et souhaitent briser l'isolement de cette population dans leur processus de réinsertion sociale. Le fait qu'il est difficile, pour la personne atteinte d'un trouble de santé mentale, d'échanger avec sa famille et son réseau social sur ses expériences et son vécu ne les aide pas à maintenir des liens et devient un enjeu à considérer au niveau du développement de leur identité.

En résumé, nous retiendrons que les obstacles rencontrés par les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave ont un impact sur le processus identitaire de la personne et sur son processus d'insertion sociale. Parmi ces obstacles, on retrouve le sentiment d'infériorité ressenti par ces personnes dans le fait d'être considéré comme des malades qui n'ont pas la capacité d'exercer leurs rôles sociaux. Les répondants mentionnent la difficulté à se faire entendre et à se faire respecter dans les choix qu'ils font. Ils terminent en précisant que les activités socioprofessionnelles et le fait d'avoir un habitat de qualité représentent, en contrepartie, des facteurs favorables à l'épanouissement personnel.

4.5 Habitation comme facteur d'intégration sociale et vecteur de liens sociaux

4.5.1 Les préférences résidentielles comme facteur d'intégration sociale et vecteur de liens sociaux

Dans cette section, les entrevues font ressortir l'importance du logis comme facteur d'intégration sociale et vecteur de liens sociaux chez les personnes atteintes de troubles mentaux. Tel que nous l'avons vu dans les sections précédentes, l'habitation favorise l'intégration sociale des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave et c'est une dimension fondamentale pour la qualité de vie de cette population. Les PATSM ont parlé, en premier, de leurs préférences résidentielles. En ce sens, un répondant mentionne l'importance d'être logé confortablement :

J'ai visité un logement, c'était tellement sombre que je n'aurais pas été bien. Dans mon logement actuel, je suis chanceux, j'ai le soleil à la journée longue, donc je n'ai pas besoin de lumière. J'ai l'avantage que mon logement est insonorisé, j'ai des tapis et c'est propre et en plus j'ai un balcon et du gazon.

Le fait d'avoir un environnement agréable, aéré et propre préserve l'équilibre émotionnel de ces personnes et engendre un sentiment d'appartenance à leur milieu de vie.

Parmi les autres critères mentionnés, on note le besoin d'intimité, d'avoir un espace à soi, un sentiment de sécurité et vivre près des services. À ce sujet, un répondant nous dit :

C'est important pour moi d'avoir mon logement, mes affaires, mon chez-soi.

Un autre déclare :

Il faut des services proches, mettons que ma voiture ne fonctionne pas, il y a l'autobus sur le coin. Il faut que je sois aussi bien entouré, que j'aie une protection autour de moi, que je ne sois pas abandonné dans le champ, qu'il y ait du monde autour de moi. Que ce soit quelqu'un que je connais ou des inconnus ce n'est pas grave, mais qu'il y ait quelqu'un.

Les PTS sont en accord avec ce discours. Un répondant parle de l'importance pour ces personnes d'avoir un logis qui procure un sentiment de sécurité et de qualité pour favoriser le bien-être de la personne.

Il rapporte :

Je dirais qu'il leur faut des endroits éclairés. Quand tu es déprimé et que tu vis dans un endroit sombre cela n'est pas bon. Il faut que cet endroit soit sécurisant car souvent ces personnes sont anxieuses. Un endroit où tu sais que la porte fermera bien. Je crois que le sentiment de sécurité et la qualité du logis sont des éléments importants.

Ainsi, les PTS mentionnent que la qualité de l'habitation est un facteur essentiel pour favoriser l'équilibre émotionnel des personnes atteintes de troubles mentaux. Les répondants font ressortir l'importance d'avoir un milieu de vie de qualité, c'est-à-dire, propre, aéré, situé près des services, sécuritaire et qui respecte leur intimité. Le sentiment d'appartenance à leur milieu de vie est essentiel pour leur rétablissement et leur intégration sociale.

Par la suite, les PATSM parlent du choix d'habitation comme facteur d'intégration sociale et vecteur de liens sociaux. Un répondant des PATSM parle de son désir de ne pas habiter des lieux stigmatisés. Il ne voulait pas se retrouver dans des immeubles socialement étiquetée. Il dit :

Il y a la coopérative à Repentigny mais je ne me vois pas là. Tu es entouré de d'autres blocs et je ne trouve pas cela sécurisant. Aujourd'hui, il y a des gangs qui font des problèmes, j'aurais peur de me promener et je ne veux pas être associé à eux.

Les répondants développent un sentiment d'appartenance à leur milieu de vie lorsque celui-ci favorise un sentiment de sécurité, dans un lieu propice au développement de soi et qui n'est pas porteur d'une étiquette sociale.

Aussi, les PATSM et PTS parlent de l'habitation comme étant également un lieu de rencontre. En ce sens, un PATSM mentionne :

J'aime être en maison de chambre car tu fais tes affaires et tu es avec des gens. On s'entraide entre nous, on a du plaisir et si quelqu'un ne va pas bien on lui remonte le moral. Il se crée des amitiés.

Un autre déclare :

En logement social, il y en a pleins qui ne travaillent pas. Cela fait un espèce de réseau. Les gens vont fumer dehors. Il y a toujours quelqu'un qui jase en bas, une gang ensemble.

Ainsi, la préférence de cette clientèle à vivre seul plutôt qu'en groupe revient. Par ailleurs, l'importance pour ces personnes de ne pas être isolées est également mentionnée.

C'est ce qui amène les PATSM à parler de leur désir de voir développer des ressources de type logement social. Un répondant nous dit :

En logement social, il y a des activités et il y a un club social. On a déjà fait une épluchette de blé d'inde cela a été bien agréable mais quand cela ne fait pas notre affaire, on s'en va dans notre appartement pis c'est tout.

Selon plusieurs répondants, l'autonomie que procure ce type de ressource, tout en apportant un soutien constant à la personne par l'intermédiaire d'un réseau social, est favorable à maintenir une stabilité résidentielle chez les personnes atteintes de troubles mentaux.

Les PTS abondent dans le même sens. Ils parlent de l'appartement supervisé et du logement social comme modèle d'habitation idéal pour briser l'isolement de cette clientèle surtout si, dans l'immeuble, il y a un local communautaire. Ils précisent, qu'en général, leur clientèle préfère vivre seul dans leur logis et avoir accès à un réseau à l'extérieur pour briser leur isolement.

Un répondant mentionne :

Je crois qu'il serait bien d'avoir des logements supervisés comme à Montréal. J'ai un client qui a été admis dans ce genre de ressource et il est très bien. C'est un bloc appartement avec des appartements individualisés mais il y a un local communautaire dans l'immeuble où les gens peuvent socialiser s'ils le veulent. Il y a un intervenant sur place qui répond aux besoins des gens et qui est là pour les aider. Il débourse 200 \$ par mois et il est heureux.

Un autre déclare :

La majorité de ma clientèle aimerait vivre seul et me dise : je veux faire mes affaires comme je veux et ne pas me soucier de personne. Par contre, ils aimeraient avoir accès à une personne pour aller jaser, pour socialiser, pour regarder la télévision, pour jouer à des jeux de société ainsi qu'avoir accès à un intervenant.

Ces propos militent en faveur du logement social et supervisé favorisant l'intégration sociale et sont un vecteur de liens sociaux chez les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave par le fait qu'ils brisent leur isolement et offrent un soutien à cette population au plan de l'habitat.

4.5.2 Pistes de solutions pour favoriser l'habitation comme facteur d'intégration sociale et vecteur de liens sociaux

Les PTS et PATSM ont donné des pistes de solutions pour aider les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave à surmonter les obstacles vécus au niveau résidentiel et personnel. En premier lieu, les PATSM aimeraient avoir des loyers comprenant le prix du chauffage et de l'éclairage dans leur paiement mensuel. Ils aimeraient également que le prix des loyers soit adapté à leur revenu et que les propriétaires acceptent davantage le paiement du loyer par virement automatique mensuel. En ce qui concerne les services d'aide, les PATSM mentionnent qu'il n'y a pas assez de services offerts à domicile et que les intervenants ne tiennent pas suffisamment compte de la qualité de leur logement ou des difficultés qu'ils rencontrent sur le plan de l'habitat dans leur plan d'intervention. Un répondant dit :

Les intervenants ne nous parlent pas assez de notre logement à savoir si on est bien ou pas, il n'y a pas assez de soutien à domicile pour nous aider dans notre logement.

Ils proposent de créer un nouveau service d'aide dans leur région pour surmonter les difficultés vécues par leur clientèle dans les démarches qu'elle entreprend pour se trouver un logement.

Un répondant dit :

Il faudrait une ressource comme propulsion Lanaudière qui avait le mandat d'offrir un accompagnement dans les démarches de recherche de logement. Une ressource qui connaît la municipalité et qui est en mesure de faire le lien avec les propriétaires pour qu'ils soient réceptifs à accueillir des gens qui ont des problèmes de santé mentale et qui sont sur l'aide sociale. La ressource pourrait tenir un registre qui donnerait un coup de main à notre clientèle dans leur processus de recherche de logement. Cela serait intéressant.

De plus, les répondants souhaiteraient que la plage horaire des services soit mieux adaptée à leur réalité afin d'avoir la possibilité de recevoir des services les soirs et les fins de semaine. En ce sens, un répondant dit :

Le soir et les fins de semaine il n'y a pas de services à la clinique, si l'on pouvait parler à quelqu'un cela serait aidant car on reste avec notre problème pendant des jours jusqu'à notre prochain rendez-vous et on n'arrive pas à fonctionner.

À cet effet, un répondant suggère d'avoir accès à une ligne téléphonique où la personne pourrait rejoindre un intervenant informé de sa situation par l'intermédiaire de son intervenant au suivi, car il ne veut pas répéter toujours son histoire. La majorité des répondants parle également de l'importance d'avoir des intervenants réguliers, car il est difficile pour eux de s'ouvrir à des inconnus. De plus, les entrevues font ressortir le désir des personnes interrogées d'avoir plus de services à domicile.

On note que les PTS abordent également l'importance d'ajuster les services d'aide aux besoins évolutifs de leur clientèle. Un répondant mentionne :

On revient à l'importance de graduer les services. Il y a des gens qui ont besoin de rencontrer un intervenant une fois par semaine, d'autres deux fois par semaine et tu en as qui en ont de besoin à tous les jours pour éviter l'hospitalisation. Comme la clientèle est variée, la fréquence des services doit être variée aussi. Je pense que ce qui est intéressant c'est un service qui s'adapte, un service qui peut être à la semaine, au mois ou à la journée lorsque la personne ne va pas bien. Il faut que ce service s'adapte à leur état.

Un autre rapporte :

Je trouve qu'au niveau résidentiel, La Myriade fait un bon travail mais il faudrait un service avec un encadrement plus intensif pour les personnes qui présentent plus de difficultés dans l'exécution de leurs activités de la vie quotidien. Un intervenant devrait se rendre quotidiennement à domicile ou avoir un contact téléphonique régulier avec le client pour savoir comment il va, s'il prend ses médicaments, pour l'aider à faire des choix alimentaires plus judicieux que d'acheter du tout fait. Le SIME offre ce genre de service et ils ont de bons résultats, mais son mandat n'est pas de maintenir les gens dans leur logis. Ils ont des critères *d'admission précis qui ne correspondent pas à l'ensemble de notre clientèle.*

Pour favoriser l'insertion sociale des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave par l'habitat, les répondants parlent à nouveau de la nécessité d'offrir des services d'aide adaptés aux besoins de cette clientèle. En résumé, comme nous l'avons vu dans cette recherche, les entrevues font ressortir quatre dimensions importantes pour la compréhension des difficultés vécues par les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave sur le plan de l'habitat : les facteurs de vulnérabilité, de stigmatisation, d'identité et d'habitation comme facteur d'intégration sociale et vecteur de liens sociaux. Retenons, pour terminer, les pistes de solutions apportées par les deux sous-groupes.

Ils énoncent, en premier lieu, que le coût des loyers doit être adapté au revenu de cette population et que les paiements devraient se faire idéalement par virement automatique mensuel au propriétaire pour éviter l'anxiété reliée à cette transaction. En second lieu, les répondants trouvent nécessaire de développer des ressources

d'hébergement et de soutien davantage adaptées aux besoins de cette clientèle et l'importance pour celle-ci d'avoir accès à un habitat sécuritaire et de qualité. Par ailleurs, pour eux, les logements sociaux et supervisés sont les modèles d'habitation qui favorisent le plus une réinsertion sociale positive chez ces personnes. Cette recherche permet d'identifier les obstacles rencontrés par les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave sur le plan de l'habitat. Cette nouvelle vision permet également d'explorer les enjeux qui y sont rattachés et d'envisager les pistes de solutions pour diminuer la vulnérabilité de cette population, tout en favorisant son développement personnel.

CHAPITRE V

ANALYSE DE DONNÉES

Ce dernier chapitre permet d'interpréter les données recueillies à la lumière du cadre théorique dans le but de répondre à la question de départ : quelles sont les perceptions des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave (PATSM) et des travailleurs sociaux (PTS) sur les difficultés d'intégration sociale des personnes ayant des troubles mentaux au plan de l'habitat dans la région de Lanaudière Sud ? Rappelons que cette recherche est centrée sur le processus d'intégration sociale et a pris en compte les concepts de vulnérabilité, de stigmatisation et d'identité abordés par plusieurs auteurs pour réfléchir sur les expériences résidentielles vécues par cette population.

5.1 Vulnérabilité

Pour ce premier thème, nous avons voulu approfondir nos connaissances sur les obstacles rencontrés par cette population sur le plan de l'habitat et sur les stratégies qu'elle a mises en œuvre pour les surmonter. Pour ce faire, comme nous avons fait référence, dans le cadre conceptuel, à Bergier (1994) qui a développé, comme Castel (1994), un regard sur l'exclusion en termes de processus. Ces auteurs analysent la trajectoire menant certains individus vers l'exclusion. De plus, ils observent les stratégies de ces acteurs à surmonter les situations sociales difficiles avec leurs capacités propres, leurs attentes, leurs désirs ou, au contraire, comment ils se sentent broyés par ces contraintes et irrésistiblement entraînés par les mécanismes d'exclusion. Les résultats de cette étude concordent avec ces écrits. En effet, nous relevons une perception similaire en lien avec l'identification des facteurs de vulnérabilité vécus par cette population sur le plan de l'habitat. Les répondants

rapportent, en premier lieu, que le trouble de santé mentale est l'élément déclencheur d'une série de bouleversements pour la personne atteinte. Celui-ci vient perturber, non seulement le fonctionnement personnel de la personne, mais aussi les fonctionnements relationnel et résidentiel. Les conditions et la qualité de vie de la personne s'en trouvent affectées et peuvent entraîner une perte de domicile.

Le trouble de santé mentale projette ainsi la personne dans un univers d'instabilité, de précarité et d'insécurité. En se référant à Bergier (1994) pour analyser les expériences résidentielles des personnes ayant des troubles mentaux, cette recherche fait ressortir le trouble de santé mentale comme étant le premier obstacle que la personne doit surmonter, car il entraîne des conséquences sur son fonctionnement global et il peut affecter ses conditions de vie.

En second lieu, nous étions préoccupée par le fait qu'il y a toujours des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave vivant dans des milieux de vie où les conditions d'habitation mettent en danger leur santé et leur sécurité malgré la stabilité des symptômes de leur maladie. À cet égard, en référence à Mann (1994), dans le cadre conceptuel, qui relate que les personnes ayant des troubles mentaux cumulent les facteurs de vulnérabilité (fragilisation des relations sociales et familiales, problème financier, difficulté à se projeter dans le futur, problème d'accès à l'éducation, à l'information, à la santé, etc.), rendant ainsi difficile leur possibilité de se loger convenablement et d'avoir accès à des services de qualité. Les résultats obtenus dans cette recherche ajoutent une dimension différente aux facteurs de vulnérabilité de Mann (1994), en démontrant que les motifs pour lesquels cette population se retrouve en position de vulnérabilité sur le plan de l'habitat ne relèvent pas uniquement d'une fragilité personnelle, mais aussi de facteurs économique, culturel et politique. À cet effet, les répondants parlent de la détérioration des conditions matérielles associées à la précarité qu'engendre le trouble de santé mentale, mais aussi le faible revenu, le coût élevé des logements, le problème

d'accessibilité à des logements de qualité et adaptés aux besoins de la personne. Par exemple, sur le plan économique, les résultats démontrent que le revenu mensuel moyen des PATSM équivaut à environ 887 \$ et le coût moyen des logements dans Lanaudière Sud se situe entre 400 \$ et 600 \$ par mois et ils ne sont ni chauffés ni éclairés. Ainsi, cette population investit plus de la moitié de son revenu pour se loger, alors que la norme reconnue par le MSSS, la Société d'Habitation du Québec ou les organismes communautaires de défense des droits comme le FRAPRU est de 25 %. Cette population se voit donc obligée de couper dans ses autres besoins de base tels que l'alimentation, l'hygiène et l'habillement.

Les résultats démontrent également que les moyens de transport sont limités, surtout dans les zones rurales, ce qui renforce l'isolement et complique l'accès aux services.

Les personnes ayant des troubles de santé mentale grave n'ont souvent pas de permis de conduire et la gratuité ou les réductions des titres de transport s'appliquent, la plupart du temps, aux personnes ayant un handicap physique, mais non à celles ayant un handicap psychique. Spécifions que les répondants n'ont pas beaucoup abordé cette dimension. Cette situation peut s'expliquer par le fait que nos participants ont été recrutés dans les deux municipalités où le transport en commun est davantage développé, ce qui n'est pas le cas des trois municipalités avoisinantes : l'Assomption, l'Épiphanie et Laplaine. Cette recherche fait ressortir les facteurs de vulnérabilité suivant comme obstacles rencontrés par cette population sur le plan de l'habitat, soit l'impact du trouble de santé mentale sur le plan biopsychosocial, le faible revenu, le coût élevé des logements de qualité et le problème d'accessibilité au transport en commun. L'identification de ces facteurs nous amène à mieux comprendre les obstacles que cette population rencontre dans son processus d'insertion sociale sur le plan de l'habitat et les enjeux définis dans le cadre conceptuel.

En troisième lieu, cette recherche se voulait un outil pour identifier les moyens ou les stratégies que cette population utilise pour surmonter les obstacles qu'elle vit sur le plan de l'habitat, alors que son énergie est principalement centrée sur son mode de survie. Pour ce faire, Bergier (1994) mentionne que la personne n'est pas considérée comme passive dans ce processus. À cet effet, les résultats démontrent que les moyens utilisés par les PATSM pour surmonter les obstacles qu'ils vivent sur le plan de l'habitat sont différents d'une personne à une autre, car leurs besoins sont diversifiés sur le plan résidentiel. Le champ d'intervention doit donc permettre à la personne d'exprimer ses préférences résidentielles pour pouvoir répondre à l'ensemble de ses besoins. La personne atteinte d'un trouble de santé mentale est donc appelée à être active dans son processus d'insertion sociale pour favoriser son autonomie.

Aussi, tant les travailleurs sociaux que les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave ont mentionné l'importance d'avoir accès à un éventail de ressources d'hébergement (de type familial, intermédiaire, centre de crise, colocation, habitation à prix modique, etc.) et de services d'aide d'intensité variable pour diminuer les risques associés aux facteurs de vulnérabilité.

La présence des réseaux sociaux et familiaux a également été mentionnée comme étant une ressource aidante pour la personne en période de vulnérabilité. Ainsi, cette recherche fait ressortir que, pour aider cette population à surmonter les obstacles qu'elle vit sur le plan de l'habitat, diverses avenues, en termes de services d'hébergement, sont utiles et à prévoir dans l'organisation du parc de ressources, dans le but de favoriser leur insertion sociale par le logement. Il ne suffit donc pas que la personne atteinte d'un trouble de santé mentale grave ait un chez-soi, l'environnement doit concourir à son inclusion dans la société par une participation active de la personne dans ce processus. De ce fait, ces données vont dans le sens des

recherches effectuées par Piat et *al.* (2008) sur les préférences résidentielles des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave.

5.2 Stigmatisation

Dans ce deuxième thème, nous voulions savoir comment se traduit la stigmatisation dans la vie des PATSM sur le plan de l'habitat dans la région de Lanaudière Sud. Tel que décrit précédemment dans le cadre conceptuel, la stigmatisation est l'acte d'étiqueter une personne en ne se limitant pas seulement à décrire une déviance ou une déficience, elle implique également l'attribution d'un ensemble de caractéristiques qui y sont culturellement associées (Ville, 1999). En ce sens, les résultats de cette recherche font ressortir que les personnes ayant des troubles de santé mentale ont souvent des difficultés à accéder à un logement adéquat et à recevoir le soutien nécessaire pour vivre de façon indépendante en raison de la stigmatisation et de la peur véhiculées par l'ensemble des citoyens face au trouble de santé mentale. Aussi, les résultats mettent en évidence que les propriétaires refusent de louer des logements aux PATSM par crainte de ne pas être payés, que ces personnes seront dérangeantes pour le voisinage et qu'elles ne seront pas capables d'habiter convenablement leur loyer.

Les répondants mentionnent que les voisins sont moins tolérants à l'égard du mode de vie de cette population lorsqu'ils sont au courant qu'elle a un trouble de santé mentale. Ainsi, les résultats concordent avec la littérature qui mentionne que malgré l'évolution des mentalités, les préjugés associés au trouble de santé mentale persistent et handicapent la réinsertion sociale des personnes qui en souffrent.

En ce sens, Stuart (2003) démontre, sondage à l'appui, que le trouble de santé mentale est souvent associé à la dangerosité et que les mentalités changent très lentement. Tout le problème de la stigmatisation réside donc dans la confusion entre « avoir une maladie mentale » et « être un malade mental », contrairement aux

maladies biologiques où on distingue la maladie de l'individu (Gervais, 2004). Les répondants ont fait part des obstacles auxquels cette population est confrontée : incompréhension de l'entourage, non-acceptation, étiquetage, etc. Ainsi, les préjugés axés sur le trouble de santé mentale sont des éléments qui ajoutent du poids aux difficultés que cette population peut vivre sur le plan de l'habitat.

Par ailleurs, les répondants spécifient que la stigmatisation a non seulement un impact sur la vie de la personne atteinte, mais également sur son désir de s'en sortir. En effet, les répondants mentionnent que les réactions négatives des citoyens face au trouble de santé mentale entraînent de la discrimination, à laquelle il est aussi difficile de faire face pour la personne atteinte qu'aux symptômes de la maladie elle-même. La littérature va également dans le sens où Goffman (Stuart, 2003) mentionnait que la stigmatisation est une puissante expérience de discrédit et d'isolement social associé à des sentiments de honte, de culpabilité, d'infériorité et à un désir de dissimulation. Cette recherche fait état que les préjugés, comme le mentionne Ville (1999), ne portent pas tant sur la condition, la maladie ou l'état d'une personne que sur les comportements supposément sous-jacents à ces derniers. En effet, les préjugés ressortis dans cette recherche touchent les perceptions des gens en lien avec l'image stéréotypée qu'ils ont du trouble de santé mentale. De plus, les résultats démontrent qu'il ne faut pas sous-estimer l'efficacité des stigmas, car ces croyances représentent un obstacle supplémentaire à franchir pour cette population qui désire s'intégrer dans la communauté et se sentir elle aussi en sécurité. Retenons que la stigmatisation associée aux troubles mentaux s'avère très traumatisante pour les personnes diagnostiquées et devient un obstacle majeur à leur insertion sociale. Le problème de stigmatisation des personnes ayant des troubles mentaux est très complexe, étant donné qu'il implique la remise en question des normes sociales. Par contre, cette recherche démontre qu'il est important de s'y attarder, car elle affecte tous les aspects de la vie d'un individu : estime de soi, accès au logement, à l'emploi, etc., comme nous le verrons dans la prochaine section.

5.3 Identité

Pour terminer, nous avons porté une attention particulière aux graves répercussions des facteurs de vulnérabilité et de stigmatisation sur l'identité des personnes atteintes. Premièrement, les résultats mettent de l'avant que l'habitation est un facteur d'intégration sociale et un vecteur de liens sociaux essentiels au développement identitaire des personnes atteintes. Tel que l'a soulevé Boulte (1995) dans le cadre conceptuel, l'habitation permet à l'individu de se situer, de se repérer, de donner un sens à son existence. Les résultats obtenus font ressortir que l'habitation permet à la personne d'être active dans ses rôles sociaux, du fait qu'elle est reconnue socialement comme locataire, pensionnaire, colocataire, contrairement au fait d'être considérée comme une assistée, une bénéficiaire, ce qui entraîne une image de soi négative et un sentiment d'inutilité pour la société. Les résultats montrent également que les expériences résidentielles positives vécues par cette population ont un impact positif sur leur estime de soi et renforcent positivement leur identité personnelle. De plus, les répondants mentionnent que les ressources d'hébergement représentent souvent le seul lieu de vie sociale pour cette population alors que, pour d'autres, elles constituent un tremplin pour obtenir un soutien dans leur processus d'insertion sociale. Les résultats démontrent donc que les ressources d'hébergement constituent des lieux d'intégration lorsqu'elles répondent aux besoins de cette population. Il est également important de soulever que les PATSM ont à nouveau mentionné leur besoin d'intimité, l'importance de se sentir chez-soi, d'avoir un espace à soi et de qualité pour que l'habitation soit favorable à leur développement identitaire, ce qui rejoint les études de Paugam (1991).

Deuxièmement, les répondants parlent de la pesanteur d'une étiquette, d'une identité définie par un diagnostic. Les préjugés qui s'ensuivent ont un impact sur l'identité de la personne atteinte d'un trouble de santé mentale et ont des conséquences énormes sur leur confiance en soi et leur estime de soi. Nous avons

d'ailleurs mentionné, dans le cadre conceptuel, les préoccupations de Paugam (1991) par rapport aux conséquences de la désignation et de l'étiquetage sur le plan identitaire. Castel (1994) mentionnait que, lorsqu'une personne est socialement invalidée, les exigences en termes d'individualité sont très grandes pour arriver à surmonter ce regard. Sur ce point, les résultats obtenus et la littérature concordent.

Les répondants font part, tel que décrit dans le concept de stigmatisation, du sentiment de dévalorisation associé au trouble de santé mentale et du sentiment que ces personnes ont perdu leur valeur à l'annonce du diagnostic. Les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale mentionnaient devoir se rétablir, non seulement de la maladie, mais aussi des effets de l'étiquette du malade mental. Ainsi, le fait d'être considéré comme une personne malade entraîne une image de soi peu valorisante et ne facilite pas leur intégration dans la société, ce qui s'avère un deuxième obstacle très difficile à surmonter pour la personne.

Se préoccuper d'intégration sociale impose une réflexion. Selon Castel (1995), la réintégration constitue un ensemble de procédures qui vise à annuler ce déficit, dont souffre un individu stigmatisé, pour qu'il puisse se réintégrer dans la vie sociale avec ceux qui n'ont pas souffert de ce déficit. Les PATSM insistent sur l'importance d'être reconnues comme des personnes à part entière et aptes à prendre des décisions pour favoriser une construction identitaire positive. Les PTS appuient ces propos et ont un regard critique sur les philosophies d'interventions antérieures.

En effet, plusieurs types d'interventions ou de programmes antérieurs ont pu renforcer les étiquettes et ainsi réduire l'identité de ces personnes à une problématique ou à un diagnostic, du fait que l'intervention était plus centrée sur la protection sociale que sur les préférences et les capacités de la personne atteinte. D'une part, les résultats de cette étude concordent avec les résultats de Ridway (1987) et de Minsky *et al.* (1995) en démontrant que les intervenants évaluaient antérieurement les besoins des PATSM sur le plan de l'habitation plus en termes d'hébergement que de

logement social, contrairement aux résultats des études faites sur les préférences résidentielles des PATSM. Piat *et al.* (2008) indiquaient que ces personnes préféraient vivre dans leur propre appartement et qu'ils voulaient avoir accès à du soutien par l'intermédiaire des médias, comme le téléphone et des personnes qui viendraient les voir selon leurs besoins. D'autre part, les résultats démontrent une évolution des pratiques actuelles où les préférences résidentielles de la personne sont dorénavant au centre des interventions. Par conséquent, les travailleurs sociaux et les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave ont à nouveau mentionné l'importance de développer un éventail de ressources d'hébergement et de mesures de soutien pour répondre aux besoins résidentiels des personnes atteintes de troubles mentaux.

Pour favoriser l'intégration sociale des PATSM, les répondants terminent en abordant l'importance d'avoir accès à un rôle social et professionnel valorisé. Les résultats démontrent que les activités socioprofessionnelles favorisent un développement identitaire positif chez la personne atteinte d'un trouble de santé mentale, car elles ont un effet normalisant et elles amènent la personne à voir son importance dans le monde. Par ailleurs, les résultats obtenus soulèvent plusieurs obstacles rencontrés par cette population pour pouvoir participer à la vie collective. Par exemple, ils ont mentionné les difficultés d'obtenir un emploi ou une formation malgré le fait que la plupart soit en âge de travailler et que la majorité d'entre eux désirent travailler.

Les PTS mentionnent qu'il existe parfois des formations professionnelles ou des stages de travail adaptés pour elles, mais que ceux-ci sont souvent sporadiques et guère accessibles. Ainsi, il est essentiel que ces services soient davantage accessibles aux personnes atteintes pour favoriser leur intégration sociale. Quant aux loisirs, les répondants font aussi ressortir leur importance. Par contre, ils mentionnent que ces activités sont, en général, préparées par des organismes à but non lucratif qui ont

souvent du mal à maintenir leurs services pour des raisons financières. Par conséquent, l'accessibilité est souvent limitée, ce qui représente un obstacle supplémentaire.

Nous terminons ce chapitre en rappelant que les obstacles soulevés par les participants à cette recherche offrent la possibilité de porter un regard sur les pratiques d'intervention sociale sur le plan de l'habitat en santé mentale.

Les représentations collectives liées au trouble de santé mentale, de pauvreté, au fait d'être sans emploi, les conditions précaires d'habitation ainsi que le coût élevé des logis et le problème d'accessibilité à des logements de qualité viennent ajouter un poids considérable à la souffrance de la personne, fragilisant bien souvent son identité. Ces facteurs sont pourtant essentiels à la préservation d'une bonne santé mentale. Ainsi, prendre en considération l'ensemble de ces facteurs exige, selon nous, un investissement qui implique plusieurs acteurs. Pour les intervenants, ces facteurs interpellent les manières de penser, les valeurs sociales, les savoir-être et les savoir-faire pour prendre en considération davantage les préférences résidentielles des personnes atteintes de troubles mentaux.

La personne doit être au cœur des interventions et prendre part aux décisions qui la concernent sur le plan de l'habitat. Quant aux ressources alternatives d'hébergement et de soutien, elles constituent des lieux qui présentent beaucoup d'intérêt pour favoriser l'intégration sociale par une approche axée sur le développement de la personne. Les luttes sociales pour faire reculer la pauvreté, l'exclusion, la stigmatisation deviennent l'affaire de tous. Aussi, nous croyons qu'il est essentiel de travailler en collaboration pour contrer les difficultés que rencontre cette population sur le plan de l'habitat dans la région de Lanaudière Sud et tendre vers un processus d'insertion sociale favorable au développement personnel des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave au plan de l'habitat.

CONCLUSION

Pour terminer, rappelons que le point de départ de cette recherche qualitative s'inspire de nos préoccupations en lien avec les difficultés que rencontrent les personnes ayant un trouble de santé mentale grave sur le plan de l'habitat. Soulevons, en premier, notre intérêt pour cette population dite vulnérable. Actuellement, tel que décrit dans notre problématique, plus de 450 millions de personnes dans le monde sont atteintes de troubles mentaux, neurologiques ou comportementaux. Or, la majorité d'entre elles ne bénéficie pas d'une protection de ses droits, de traitements ni de soins de santé mentale (OMS, 2001). De ce nombre, comme l'affirme la Vérificatrice générale du Québec (2004 p. 35-36) :

Plusieurs personnes ayant des troubles de santé mentale sont en attente ou à la recherche d'une ressource résidentielle qui répondent à leurs besoins... Plusieurs personnes doivent vivre dans des conditions insalubres voire dans la rue.

L'objectif principal de cette recherche a été de recueillir les perceptions des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave et des travailleurs sociaux en lien avec les difficultés d'intégration sociale des personnes ayant des troubles mentaux sur le plan de l'habitat et d'envisager, par la suite, des pistes de réflexion visant l'amélioration des pratiques sociales dans ce secteur d'activité. Nous avons choisi d'explorer la question de l'intégration sociale, car nous assistons à une montée du sentiment d'exclusion chez cette population sur le plan de l'habitat. Par ailleurs, nous retrouvions ces mêmes préoccupations chez plusieurs auteurs et en analysant leurs écrits, nous avons observé que la perspective interactionniste était, chez la plupart, le cadre théorique privilégié. Ce à quoi nous avons adhéré.

Pour les fins de cette recherche, nous avons réalisé dix entrevues semidirigées, dont six avec des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave et quatre avec des travailleurs sociaux exerçant en santé mentale dans la région de Lanaudière

Sud. Suite à nos entrevues, nous pouvons dire que les obstacles soulevés par les répondants, sur le plan de l'habitat chez les personnes atteintes de troubles mentaux, offrent la possibilité de porter un regard sur nos pratiques.

Les représentations collectives liées au problème de santé mentale, de pauvreté, au fait d'être sans emploi, les conditions précaires d'habitation ainsi que le coût élevé des logis et le problème d'accessibilité à des logements de qualité sont des éléments qui sont ressortis comme facteurs de vulnérabilité chez ces personnes. Pour leur venir en aide, les répondants ont mentionné que la diversification des services d'hébergement et de soutien est essentielle pour promouvoir leur développement personnel. Ils ont aussi noté la nécessité de développer, dans la région de Lanaudière Sud, des logements sociaux avec la présence d'un soutien plus important au niveau résidentiel pour aider cette population à faire face aux obstacles qu'elle vit.

Forces et limites de l'étude

Soulignons que durant un siècle la médecine, et aussi les sciences sociales et humaines, ont entraîné le même biais méthodologique : de la recherche sur les patients psychiatisés et non avec les patients psychiatisés. Dans cette étude, ce biais a été éliminé car nous avons privilégié la prise de parole des personnes utilisatrices des services en santé mentale et celui de ses soignants, les travailleurs sociaux. Aussi, comme nous travaillons au centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, nous étions consciente que cela pouvait engendrer un biais de désirabilité sociale lors de la réalisation des entrevues avec les travailleurs sociaux. Ainsi, nous avons éliminé ce biais en faisant appel à deux personnes pour réaliser ces entrevues. Par ailleurs, il est important de rappeler que la taille de notre échantillon est composée de dix entrevues. Par conséquent, nous ne pouvons pas généraliser les résultats obtenus à l'ensemble de la région.

Pour conclure, à partir de cette recherche, nous avons pu constater que la capacité intégrative de la société en regard des problématiques liées à l'habitation chez les personnes atteintes de troubles mentaux reste un problème d'actualité et occasionne des obstacles supplémentaires que la personne atteinte d'une maladie mentale doit surmonter dans son processus d'intégration sociale. De là l'importance de maintenir les luttes visant l'accès à des logements convenables et de favoriser la mise en place d'interventions sur le plan du soutien résidentiel chez cette population dite vulnérable. Il est essentiel de développer un système d'assistance publique et communautaire afin d'éviter que ces personnes se retrouvent confrontées à l'extrême pauvreté et à l'itinérance.

Prendre en considération l'ensemble de ces dimensions favorisera, selon nous, une ouverture chez les citoyens pour pouvoir adapter et envisager des pratiques d'intervention sociale qui pourront accompagner davantage cette population dans leur réalité sur le plan de l'habitat. À notre avis, il est essentiel de poursuivre les recherches visant à mieux agir dans le champ de l'intégration sociale en santé mentale, en établissant un dialogue et des lieux de réflexion avec les personnes qui vivent ou ont vécu les difficultés. Notons, en terminant, notre désir d'une plus grande ouverture pour des approches intersectorielles en santé mentale. En fait, nous sommes convaincue qu'une plus grande implication de l'ensemble des acteurs concernés par cette problématique permettrait d'offrir aux personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale un meilleur accompagnement pour améliorer leur qualité de vie sur le plan de l'habitat, et pour diminuer les résistances de la population à l'égard du trouble de santé mentale.

De plus, la mise en place d'un parc de ressources d'hébergement diversifiées et de mesures de soutien d'intensité variable est souhaitable pour favoriser l'insertion sociale de cette population dite « vulnérable ». Cette recherche se veut donc un apport précieux pour aider cette population à surmonter les obstacles qu'elle vit sur le plan

de l'habitat car, comme nous l'avons vu, celui-ci représente un point d'ancrage, non seulement personnel mais aussi relationnel. Nous croyons qu'il est essentiel que les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave puissent se sentir en sécurité et acceptées par l'ensemble des citoyens pour pouvoir se rétablir et pour pouvoir exercer à nouveau leurs rôles sociaux.

ANNEXE 1

ESTIMATION DES SERVICES RÉSIDENTIELS ET SERVICES DE SOUTIEN EN SANTÉ MENTALE DANS LA RÉGION DE LANAUDIÈRE

Type de service	CSSSSL	Le Parcours	Organismes communautaires
Hébergement de transition avec durée limitée et encadrement intensif (RI, RTF, OCH) Requis : 46-49 places)	4 places RI	6 places RI régionales	
Hébergement à durée illimitée et soutien léger ou modéré (RI, RTF, OCH) Requis 91 places	79 places RTF	4 places RTF	6 places Vaisseau d'or 8 places Habitat jeunesse
Logement avec soutien continu et appartement supervisé Requis : 115 places	N/A	N/A	0 place dédiée 10 personnes suivies en logement autonome par habitat jeunesse
Suivi intensif dans le milieu (70/100 000 personnes) Requis : 164 personnes	52 personnes	Le parcours fait partie de l'équipe SIME-Sud	Propulsion fait partie de l'équipe SIME-Sud
Soutien d'intensité variable (250/100 000 personnes) Requis : 586 personnes	N/A	149 personnes	N/A

ANNEXE 2

SCHÉMA D'ENTRETIEN POUR LES PERSONNES ATTEINTES D'UN TROUBLE DE SANTÉ MENTALE GRAVE

QUESTIONS RELIÉES AU CONCEPT D'IDENTITÉ ET DE VULNÉRABILITÉ

Q : Décrivez-moi votre routine quotidienne.

- Avez-vous des activités particulières ?
- Faites-vous du bénévolat ?
- Avez-vous un travail rémunérateur ?

Q : Parlez-moi des endroits où vous avez habité les cinq dernières années.

- Dans quel type d'habitation viviez-vous ?
- Combien de temps êtes-vous demeuré dans ces différents endroits ?
- Quels étaient les avantages et les désavantages de ces habitations ?
- Comment en êtes-vous venu à changer de lieu d'habitation par le passé ?
- Quelles sont les démarches que vous avez dû entreprendre pour changer de logement dans les endroits où vous êtes demeuré dans le passé ?
- Quelles étaient les options de logement qui s'offraient à vous dans le passé quand vous avez changé de logement ?

Q : Idéalement, dans quel genre d'habitat aimeriez-vous vivre ?

- Décrivez-moi les caractéristiques que doit posséder votre habitat pour que vous vous sentiez bien dans votre milieu de vie.
- Préférez-vous vivre seul ou avec d'autres personnes ?
- Pourquoi ?

QUESTIONS RELIÉES AU CONCEPT DE VULNÉRABILITÉ ET IDENTITÉ

Q : Décrivez-moi les relations que vous avez au niveau familial et social.

- Avez-vous des contacts avec des membres de votre famille ?
- Avez-vous des gens de confiance dans votre entourage (amis, voisins, etc.) ?
- Quel est le rôle de votre entourage dans les décisions que vous devez prendre au plan de l'habitat (choix de votre logis, gestion de votre budget, préparation des repas, entretien ménager etc.) ?

QUESTIONS RELIÉES AU CONCEPT DE LA STIGMATISATION

Q : Parlez-moi de votre trouble de santé mentale. Qu'est-ce que c'est ? Qu'est-ce que ça a comme conséquence pour vous sur le plan de l'habitat ?

- Croyez-vous que le fait d'avoir un trouble de santé mentale vous oblige à avoir un type d'habitat particulier ?
- En quoi ?
- Comment étaient vos relations avec les propriétaires dans vos expériences passées ? Comment étaient vos relations avec les autres résidents de l'immeuble, vos voisins dans vos expériences passées ?

QUESTIONS RELIÉES AU CONCEPT D'IDENTITÉ ET DE VULNÉRABILITÉ

Q : Parlez-moi des services d'aide que vous avez reçus lorsque vous avez appris avoir un trouble de santé mentale au plan de l'habitat.

- Avez-vous reçu des services d'aide du réseau public ou communautaire ?
- À quel niveau vous ont-ils aidé par rapport à votre habitat ?
- Quel est votre niveau de satisfaction par rapport aux services d'aide que vous avez reçus ?

- Idéalement, de quel type d'aide avez-vous besoin pour vivre dans l'habitat de votre choix (ménage, épicerie, repas, aide au budget, médicament, déplacement, hygiène, etc.) ?
- À quelle fréquence idéalement aimeriez-vous recevoir des services (quotidien, à la semaine, au mois, le jour, le soir, sur appel, etc.) ?

FICHE D'IDENTIFICATION POUR LES PERSONNES ATTEINTES D'UN TROUBLE DE SANTÉ MENTALE

- Quel est votre âge ?
- Quel est votre statut civil ?
- Quel est votre niveau de scolarité ?
- Quelle est votre source de revenu ?
- Quel est votre revenu mensuel ?
- Quel est le coût de votre logement ?
- Depuis quand habitez-vous votre logement actuel ?

ANNEXE 3

SCHÉMA D'ENTRETIEN POUR LES TRAVAILLEURS SOCIAUX

QUESTIONS RELIÉES AU CONCEPT D'IDENTITÉ ET DE VULNÉRABILITÉ

Décrivez-moi, de façon générale, la routine quotidienne des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale.

- En général, ont-elles des activités particulières ?
- En général, font-elles du bénévolat ou ont-elles un travail rémunérateur ?
- En général, quel est leur niveau de scolarité ?

Q : Parlez-moi des expériences résidentielles que les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale vivent au niveau de l'habitat.

- Quels sont leurs besoins sur le plan de l'habitat ?
- Quelles sont les options qui s'offrent à elles au plan de l'habitat dans votre région ?
- En général, quel type d'habitat suggérez-vous à votre clientèle ?
- L'orientation est-elle la même pour l'ensemble des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale ?
- Quels sont les obstacles que les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale rencontrent au niveau de l'habitat ?

Q : Décrivez-moi les caractéristiques que doit posséder le logis des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale pour qu'elles se sentent bien dans leur milieu de vie.

- Selon vous, est-ce que les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale préfèrent vivre seules ou avec d'autres personnes ?
- Pourquoi ?

Décrivez-moi, de façon générale, le profil du réseau familial et social des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave.

- Ont-ils en général des contacts avec les membres de leur famille ?
- Ont-ils, en général, des personnes dans leur entourage sur qui ils peuvent compter (amis, voisin, etc.) ?
- Quel est le rôle de leur entourage dans les décisions qu'elles doivent prendre au plan de l'habitat (choix de logis, gestion du budget, etc.) ?

QUESTIONS RELIÉES AU CONCEPT DE STIGMATISATION

Q : Parlez-moi du trouble de santé mentale. Qu'est-ce que c'est ? Qu'est-ce que ça a comme conséquence pour les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale sur le plan de l'habitat ?

- Croyez-vous que le fait d'avoir un trouble de santé mentale oblige les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale à avoir un type de logement particulier ?
- En quoi ?
- Selon vous, quelle est la perception des propriétaires à l'égard des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale ?
- Selon vous, quelle est la perception des voisins et des autres résidents de l'immeuble à l'égard des personnes atteintes d'un trouble de santé mentale ?

QUESTIONS RELIÉES AU CONCEPT D'IDENTITÉ ET DE VULNÉRABILITÉ

Q : Parlez-moi des services d'aide que les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale peuvent recevoir au niveau de l'habitat.

- De quel type d'aide les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale ont-elles besoin pour vivre dans l'habitat de leur choix (ménage, épicerie, repas, aide au budget, médicament, déplacement, hygiène, etc.) ?
- À quelle fréquence ces services d'aide devraient-ils être offerts ?

- Comment le réseau des services publics et communautaires aide-t-il les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale grave dans leur processus d'intégration sociale sur le plan de l'habitat ?
- Qu'est ce qui devrait changer, selon vous, dans les services d'aide pour accompagner les personnes atteintes d'un trouble de santé mentale à obtenir l'habitat de leur choix ?

FICHE D'IDENTIFICATION POUR LES TRAVAILLEURS SOCIAUX

- En quelle année avez-vous terminé vos études en travail social ?
- Depuis quand travaillez-vous comme travailleur social dans le domaine de la santé mentale ?
- Quel secteur est desservi par votre clinique ?

BIBLIOGRAPHIE

BARR, O. et FAY, M. (1993). *Community Homes : Institutions in Waiting ?* Nursing Standard.

BEAULIEU, A. et DORVIL, H. (2004). *Le logement comme déterminant social de la santé pour les personnes usagères des services d'hébergement dans la communauté*. Hôpital Louis-H. Lafontaine. Montréal : Hôpital Louis-H. Lafontaine, Services de santé mentale. Ste-Foy : Université Laval.

BÉLANGER, P., BOUCHER, J. et LÉVESQUE, B. (2000). « L'économie solitaire au Québec : la question du modèle de développement », in J.L. Laville, (dir), *L'économie solidaire. Une perspective internationale* (p. 136-175). (1^{ère} édition, 1994). Paris : Desclée de Brouwer.

BÉLANGER, P. et LÉVESQUE, B. (1990). « Le système de santé et de services sociaux au Québec : Crise des relations de travail et du mode de consommation ». *Sociologie du travail*, 2/90, 231-244.

BERGIER, B. (2000). *Les affranchis*. Montréal : Éditions L'Harmattan, 206 p.

BERNARD, Y. (1998). « Du logement au chez soi », in M. Legault et C. Bouvalet (dir), *Logement et habitat, l'état du savoir* (p. 374-380). Paris : La Découverte.

BERNIER, S. (2004). *L'intégration sociale en santé mentale : quelques pistes pour enrichir la réflexion sur les pratiques d'intervention*. Mémoire de maîtrise en intervention sociale. Université du Québec à Montréal.

BOUCHER, J. (2005). « Santé mentale et habitation en Outaouais un mode d'intervention pluriel ». *Série recherches*, n° 34, 27 pages.

- BOULTE, P. (1995). *Individus enrichie. Essai sur l'exclusion*. Paris : Desclée de Brouwer.
- BOUVALET, C. et BRUN, J. (1998). *Logement et habitat, l'état des savoirs*. Paris : La Découverte.
- BRUCE, M.L. (1999). « Mental illness as psychiatric disorder », in C.S. Aneshensel et J.O.C. Phelan (dir.), *Handbook of the Sociology of Mental Health* (p. 37-55). New York : Kluwer Academic, Plenum publishers.
- CARLING, P.J. (1993). « Housing and supports for persons with mental illness : Emerging approaches to research and practice ». *Hospital, Community Psychiatry*, 44(5), 439-449.
- CASTEL, R. (1992). « De l'exclusion comme état à la vulnérabilité comme processus », in J. Affichard et J.B. de Foucauld, (dir.), *Agir en situation de vulnérabilité* (p. 1-28). Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- CASTEL, R. (1994). « La dynamique des processus de marginalisation : de la vulnérabilité à la désaffiliation ». *Cahiers de recherches sociales*, 22, 11-25.
- CASTEL, R. (1995). *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*. Paris : Fayard.
- CASTEL, R. (2003). *L'insécurité sociale. Qu'est-ce qu'être protégé ?* Paris : Le Seuil.
- CHÂTEL, V. (2003). « Agir en situation de vulnérabilité : un essai de problématisation », in V. Châtel et M.H. Soulet (dir.), *Agir en situation de vulnérabilité* (p. 1-28). Québec : Les Presses de l'Université Laval.

- CLÉMENT, M. et BOLDUC, N. (2004). « Regard croisé sur la vulnérabilité : le politique, le scientifique et l'identitaire », in F. Saillant, M. Clément et C. Gaucher (dir), *Identités, vulnérabilités et communautés* (p. 61-84). Montréal : Éditions Nota Bene.
- COHEN, M. et ANTHONY, W. (1988). « A commentary on planning a service system for persons who are severely mentally ill : Avoiding pitfalls of the past ». *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 12(1), 69-72.
- CORIN, E. (2000). « Le paysage de l'alternatif dans le champ des thérapies ». *Les ressources alternatives de traitement, RRASMQ et Santé mentale au Québec*.
- COUTURE, J. (2007). *Cadre de référence pour la clientèle présentant une problématique de santé mentale*. Centre du Florès.
- DE BRUYN, T. (1998). *Diversité, stigmatisation, discrimination et vulnérabilité, VIH/sida et discrimination*. Document de travail. Montréal : Réseau juridique canadien VIH/Sida et Société canadienne du sida.
- DE GAULEJAC, V. et TABOADA-LEONETTI, I. (1994). *La lutte des places*. Paris : EPI; Marseille : Édition Hommes et Perspectives, 286 p.
- DE QUEIROZ, J.M. (1996). « Exclusion, identité et disaffection », in S. Paugam (dir.), *L'exclusion l'état des savoirs*. Paris : La Découverte, 582 p.
- DORVIL, H. (1997). « Nouveau plan d'action : quelques aspects médicaux, juridiques, sociologiques de la désinstitutionalisation ». *Cahiers de recherche sociologique*, 41-42.
- DORVIL, H. (dir.) (2007). *Théories et méthodologies de la recherche*. Québec : PUQ, collection Problèmes sociaux et interventions sociales.

- DORVIL, H., BISSON, J. et SEVIGNY, O. (1995). *Attitudes et croyances des Montréalais à l'égard des personnes malades mentales et des personnes déficientes intellectuellement*. Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention.
- DORVIL, H. et MORIN, P. (2001). « Le logement social et l'hébergement. Multiples enjeux et perspectives diverses ». *Nouvelles pratiques sociales*, 14(2).
- DORVIL, H. et MORIN, P. (2008). « La réadaptation psychosociale des patients psychiatriques désinstitutionnalisés dans leurs familles naturelles, les résidences d'accueil et les logements sociaux avec support communautaire », in P. Morin et E. Baillergeau (dir.), *L'habitation comme vecteur social*. Québec : PUQ.
- DORVIL, H., MORIN, P. et ROBERT, D. (2002). « Habitation, identité et relations sociales. L'expérience résidentielle d'usagers de services en déficiences intellectuelles ». *Revue de sciences humaines et sociales*, 96.
- DUBET, F. (1994). *Sociologie de l'expérience*. Paris : Seuil.
- DURKHEIM, E. (1967). *Le suicide*. Paris : PUF. Réédité en 1997.
- FELOUZIS, G. (2001). *La condition étudiante. Sociologie des étudiants et de l'université*. Paris : PUF.
- FOUCAULT, M. (1975). *Surveiller et punir*. Paris : Gallimard.
- FRIEDRICH, R.M., HOLLINGSWORTH, B., HRADEK, E., FRIEDRICH, H.B. et CULP, K.R. (1999). « Family and client perspectives on alternative residential setting for persons with severe mental illness ». *Psychiatric Services*, 50(4). 509-514.
- GEREMEK, B. (1987). *La potence ou la pitié*. Paris : Gallimard.

- GERVAIS, M. (2004). « Maladie mentale : le dernier tabou ». *Québec Science*, octobre, 42-44.
- GOFFMAN, E. (1963). *Stigma : Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood cliffs, NJ : Prentice-Hall.
- GRAFMEYER, Y. (1998). « Logement, quartier, sociabilité », in M. Segaud, C. Bonvalet et J. Brun (dir.), *Logement et habitat : l'état des savoirs* (p. 347-354). Paris : La Découverte.
- GROULX, L.H. (1998). « Sens et usage de la recherche qualitative en travail social », in J. Poupart, L.H. Groulx, R. Mayer, J.P. Deslauriers, A. Laperrière et A. Pirès (dir.), *La recherche qualitative* (p. 1-50). Montréal : Gaëtan Morin éditeur.
- JODELET, D. (1989). *Folies et représentations sociales*. Paris : PUF.
- KATZ, R. (1984). « Citizen empowerment and synergy : Expanding the community's healing resources ». *Prevention in Human Services*, 3, 201-226.
- L'ÉCUYER, R. (1990). *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu : méthode GPS*. Québec : PUQ.
- LABORATOIRE DE RECHERCHE SUR LES PRATIQUES ET LES POLITIQUES SOCIALES (LAREPPS) (2002). En collaboration avec la FOHM, avril, p.47.
- LESAGE, A.D., BONSAK, C., CLERC, D., VANIER, C., CHARRON, M., SASSEVILLE, M. *et al.* (2002). « Alternatives to acute hospital psychiatric care in East-end Montreal ». *Canadian Journal of Psychiatry*, 47(1), 51-57.
- MANN, J. et TARANTOLA, D. (1994). « Le sida à l'aube du troisième millénaire ». *Annales de l'Institut Pasteur, Actualités*, 5(1).

- MANSEAU, H. (1988). « La définition ou la fabrication de l'abus sexuel d'enfants au Québec ». *Revue internationale d'action communautaire*, 19-59, 41-47.
- MASSEY, O.T. et WU, L. (1993). « Important characteristics of independent housing for people with mental illness ». *Perspectives of Case Managers and Consumers Psychosocial Rehabilitation Journal*, 17(2), 81-92.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1989). *Politique de santé mentale, Ministère de la santé et des services sociaux*. Québec : MSSS.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1997). *Orientation pour la transformation des services de santé mentale*. Document de consultation. Québec : MSSS.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2001a). *Cibles prioritaires adoptées au forum de la santé mentale de septembre 2000*. Québec : MSSS.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2001b). *État d'avancement du plan d'action de décembre 1998*. Québec : MSSS.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010. La force des liens*. Québec : MSSS.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX et SOCIÉTÉ D'HABITATION DU QUÉBEC (2007). *Cadre de référence sur le soutien communautaire en logement social*. Québec : MSSS, Direction des communications.
- MINSKY, S., GUBMAN-RIESSER, G. et DUFFY, M. 1995. « The eye of the beholder : Housing preferences of inpatients and their treatment teams ». *Psychiatric Services*, 46(2), 173-176.

- MORIN, P. (1994). *Espace urbain montréalais et processus de ghettoïsation de populations marginalisées*. Thèse de doctorat. Sociologie. Université du Québec à Montréal.
- MORIN, P. et BAILLERGEAU, E. (2008). *L'habitation comme vecteur de lien social*. Québec : PUQ.
- MORIN, P., ROBERT, D. et DORVIL, H. (2002). « Habitation, identité et relations sociales ». *Nouvelles pratiques sociales*. 14(2).
- MOURANT, F. (1984). « Déviance et délinquance : Une revue des notions ». *Service social*, 33(2-3), 145-170.
- MURPHY, H.B.M., PENNEE, B. et LUCHINGS, D.J. (1972). Foster homes : The new back wards ? *Canada's Mental Health*, Supplement n° 71, septembre-octobre.
- NELSON, G. *et al.* (1999). « Predictor of the adaptation of people with psychiatric disabilities in group homes, supportive apartments, and board-and-care homes ». *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(4), 381-389.
- NELSON, G. et PEDDLE, S. (2005). *Housing and Support for People who Have Experienced Serious Mental Illness : Value Base and Research Evidence*. Ottawa : Centre for Research on Community Services, Université d'Ottawa.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2001). *La santé mentale dans le monde*. Genève : OMS.
- OTERO, M. (2005). « Regards sociologiques sur la santé mentale, la souffrance psychique, et la psychologisation ». *Cahiers de recherche sociologique*, 41-42, 5-15.

- PARKINSON, S., NELSON, G. et HORGAN, S. (1999). From housing to homes : A review of the littérature on housing approaches for psychiatric consumer/survivors. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 18(1), 145-164.
- PARMENTIER, C. (1997). *Le logement : Domaine d'intérêt général européen ?* Séminaire européen « Intérêt général européen et logement ». Bruxelles, 13 p.
- PAUGAM, S. (1991). *La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté*, Paris : PUF, 256 p.
- PAUGAM, S. (1996). *L'exclusion l'état des savoirs*. Paris : Éditions La Découverte, 582 p.
- PIAT, M. (2004). « Les foyers de groupe et le phénomène pas dans ma cour c'est arrivé près de chez nous ». *Revue santé mentale au Québec*, 29(1), 151-172.
- PIAT, M., LESAGE, A., DORVIL, H., BOYER, R., COUTURE, A. et BLOOM, D. (2008). « Les préférences résidentielles des personnes souffrant de troubles mentaux graves : une étude descriptive ». *Revue santé mentale au Québec*, XXXIII(2), 247-268.
- POUPART, J. (2004). *Au-delà du système pénal l'intégration sociale et professionnelle des groupes judiciarisés et marginalisés*. Sainte-Foy : PUQ, collection Problèmes sociaux interventions sociales.
- QUIVY, R. et VAN CAMPERHOULD, L. (1998). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Dunod.
- RENAUD, E. (2000). *Mépris social : éthique et politique de la reconnaissance*. Bègle : Édition du Passant.

- RIDGWAY, P. et ZIPPLE, A. (1990). « The paradigm shift in residential services : From the linear continuum to supported housing approaches ». *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13(4), 11-31.
- ROGEL, T. (1997). « La stigmatisation ». *DEES*, 107, 53-60.
- ROGERS, E.S., DANLEY, K.S., ANTHONY, W.A., MARTIN, R. et WALSH, D. (1994). « The residential needs and preferences of persons with serious mental illness : A comparison of consumers and family members ». *Journal of Mental Health Administration*, 21(1), 42-51.
- ROY, S. (2008). « De l'exclusion à la vulnérabilité : continuité et rupture », in V. Châtel et S. Roy (dir.), *Penser la vulnérabilité, visages de la fragilisation du social*. Québec : PUQ.
- ROY, S. et CHÂTEL, V. (2008). *Penser la vulnérabilité, visages de la fragilisation du social*. Québec : PUQ.
- SCHNAPPER, D. (1981). *L'épreuve du chômage*. Paris : Gallimard.
- SCHNAPPER, D. (1995). « Intégration et exclusion dans les sociétés modernes », in S. Paugam (dir.), *L'exclusion : l'état des savoirs*. Paris : La Découverte.
- SCHNAPPER, D. (1997). *Contre la fin du travail*. Paris : Textuel.
- SENNET, R. (2003). *Respect de la dignité de l'homme dans un monde d'inégalités*. Paris : Albin Michel.
- SOULET, M.H. (2004). « Faire face et s'en sortir : vers une théorie de l'agir faible », in F. Saillant, M. Clément et C. Gaucher (dir.), *Identités, vulnérabilités et communautés* (p. 167-214). Montréal : Éditions Nota Bene.

- SPANIOL, L., KOEHLER, M. et HUTCHINSON, D. (1994). *The Recovery Workbook Center for Psychiatric Rehabilitation*. Boston, MA : Sargent College of Health and Rehabilitation Sciences. Boston University.
- SREBNIK, D., LIVINGSTON, J., GORDON, L. et KING, D. (1995). Housing choice and community success for individuals with serious and persistent mental illness. *Community Mental Health Journal*, 31(2), 139-151.
- STAR, S.A. (1955). *The Public's Ideas about Mental Illness*. Communication présentée au colloque annuel de la National Association for Mental Health) (document miméographié).
- STUART, N. (2003). « Stigmatisation. Leçons tirées des programmes visant sa diminution ». *Santé mentale au Québec*, XXVIII(1), 54-72.
- SYLVESTRE, J., NELSON, G., DURBIN, J., GEORGE, L., AUBRY, T. et OLLERBERG, M. (2005). *Housing for People with Serious Mental Illness : Challenges for System Level Development*. Toronto.
- SYLVESTRE, J., TRAINOR, J., HOPKINS, A., UZO IIVES, P. et RAMSUNDAR, N. (2001). « À propos de la stabilité du logement chez des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves ». *Nouvelles pratiques sociales*, 14(2).
- SYLVESTRE, J., TRAINOR, J., OLLENBERG, M., HOPKINS, R. N. et LIVES, P. (1999). *Étude repère sur la stabilité résidentielle des personnes aux prises avec des troubles mentaux à Toronto : une approche participative en vue d'identifier les pratiques exemplaires en matière d'hébergement*. Montréal.
- TANZMAN, B. (1993). « An overview of consumers preferences for housing and support services ». *Hospital and Community Psychiatry*, 44(5), 450-455.
- THIBODEAU, R. (1995). *Le recours à des ressources d'hébergement non subventionnées par des adultes atteints de troubles mentaux sévères et persistants*. Mémoire de maîtrise. Université du Québec à Montréal.

TRAINOR, J. (2002). *Housing Discussion Paper*. Toronto : Centre for Addiction and Mental Health.

TRAINOR, J., MORELL-B., T., BALLANTYNE, R. et BOYDELL, K. (1993). « Housing for people with mental illness : A comparaison of models and an examination of the growth of alternative housing in Canada ». *Canadian Journal of Psychiatry*, 38, 494-501.

VILLE, I. (1999). *Identité, représentation sociale et handicap moteur*. Site : <http://noemed.univ>.

WIRTH (1967) *A Dictionary of Social Sciences*. Ouvrage collectif sous les auspices de l'UNESCO. New York : The Free Press, p. 662. Cité dans Goul et Kolb (1967).